Zambrów, dn. ………………..…..

…………………………………………………………………………………..........................................................................................................................……..

 imię i nazwisko opiekuna

……………………………………………………...............................................................................................................................................................................

 adres opiekuna

…………………………………………………………………..............................................................................................................................................................

 nr telefonu \*)

**Burmistrz Miasta Zambrów**

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

1. **Dowóz przez rodzica/opiekuna 2) Powierzenie dowozu innemu podmiotowi**

 Wnioskuję o zwrot kosztów dojazdu ucznia niepełnosprawnego do szkoły lub ośrodka prywatnym samochodem.

1. **Dane dziecka:**
2. **Nazwisko i imię:** ………………………………….…………………………………...................
3. **Adres zamieszkania**: …………………………………………………………………………...
4. **PESEL**: ………………………………………………………………………………..................
5. **Dane rodzica/opiekuna dowożącego dziecko:**
6. **Nazwisko i imię:** ………………………………….…………………………………................
7. **Adres zamieszkania**: …………………………………………………………………………...
8. **PESEL**: ………………………………………………………………………………..................
9. **Dane przedszkola, szkoły lub ośrodka, do którego będzie dowożone dziecko:**
10. **Nazwa i adres szkoły:** ………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

1. **Okres dowożenia**: od ……………………………..…… do …..……..............................…..……

\*) podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe, ale znacznie ułatwi kontakt z rodzicem/opiekunem

1. **Dane niezbędne do wyliczenia kwoty zwrotu kosztów dojazdu:\*\*)**
2. **Miejsce pracy i adres zatrudnienia osoby dowożącej dziecko do szkoły lub ośrodka:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Odległość z miejsca zamieszkania do szkoły lub ośrodka**……………………………………
2. **Odległość ze szkoły lub ośrodka do miejsca pracy osoby dowożącej dziecko:** ………….......
3. **Dane pojazdu, którym będzie dowożone dziecko:**
4. pojemność silnika: ………………………………………………………………………....
5. **Nazwa banku oraz numer konta bankowego, na który Urząd Miasta Zambrów przekaże kwotę zwrotu kosztów dowozu dziecka niepełnosprawnego:**

………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Załączniki do wniosku:**
* Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności ucznia.
* Zaświadczenie z przedszkola, szkoły lub ośrodka z informacją, że dziecko w danym roku szkolnym uczęszcza do danej placówki.

\*\*) Przyjmuję do wiadomości, że mogę zostać zobowiązany/na do uwiarygodnienia danych zawartych w pkt IV oryginałami dokumentów.

 Zambrów, dn. .............................................................………………..

 data i czytelny podpis opiekuna

 **KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH:**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Miasta Zambrów, z siedzibą przy ul. Fabrycznej 3,
18-300 Zambrów, tel. 86 271 22 10.
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych możliwy jest pod mailem: inspektorochronydanych@kowalczyk.pro.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie art. 39 ust. 4 ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1081 z późn. zm.).
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 5 lat zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz prawo ich sprostowania, w uzasadnionych przypadkach usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. W celu wykonania swoich praw należy skierować żądanie pod adres
e-mail: inspektorochronydanych@kowalczyk.pro.
7. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obligatoryjne i wynika z przepisów prawa.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.