

.....
/ Miejscowość, data/

.....
/Nazwisko i imię wnioskodawcy/

.....
/Adres zamieszkania wnioskodawcy/

.....
/Numer telefonu/

Burmistrz Koluszek

W N I O S E K

rodzica/opiekuna prawnego o przyznanie zwrotu kosztów przewozu dziecka/ucznia
niepełnosprawnego oraz rodzica do przedszkola, szkoły, ośrodka

Wnioskuję o zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego i jego opiekuna do szkoły/
przedszkola/ośrodka* w roku szkolnym/..... własnym środkiem transportu.

Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

1) Nazwisko i imię ucznia:

2) Data urodzenia ucznia:

3) Adres zamieszkania ucznia:

4) Dokładna nazwa i adres placówki, do której będzie uczęszczał dziecko/uczeń:

.....
.....

5) Nazwisko i imię rodzica/ opiekuna prawnego, numer dowodu tożsamości:

.....

6) Adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego:

.....

7) Adres miejsca pracy rodzica/opiekuna prawnego (jeżeli pracuje)

.....

.....

8) Okres dowożenia od do
(data rozpoczęcia dowozu) (data zakończenia roku szkolnego)

.....

Ponadto oświadczam, że:

- 1) odległość** z miejsca zamieszkania do szkoły/przedszkola/ośrodka* wynosi: km;
- 2) odległość** ze szkoły/przedszkola/ośrodka* do miejsca pracy wynosi: km;
- 3) odległość** z miejsca zamieszkania do miejsca pracy wynosi: km;

4) przewóz będzie wykonywany pojazdem:

marka, model, numer rejestracyjny,

pojemność skokowa silnika

- 5) pojazd jest sprawny technicznie – posiada aktualne badania techniczne : TAK/NIE*
- 6) posiadam aktualne ubezpieczenie OC i NW: TAK/NIE*

Oświadczam, że dane i informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą. Za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą grozi odpowiedzialność karna.

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

***- niepotrzebne skreślić**

**** - wskazana odległość powinna być zgodna z najkrótszą odległością wskazaną przez Mapy Google między wskazanymi we wniosku adresami**

Klauzula informacyjna - RODO

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Urząd Miejski w Koluszkach przy ul. 11 Listopada 65 reprezentowany przez Burmistrza Koluszek.

Kontakt z Inspektorem Danych Osobowych jest możliwy pod adresem mail: iod@koluszki.pl.

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu zwrotu kosztów dowozu Pani/Pana dziecka i jego opiekuna do szkoły zgodnie z Art. 6 ust. 1 lit. c oraz art.9 ust. 2 lit.g z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE w związku z art. 32 ust. 6 art. 39 ust 4 /art. 39a ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe.

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 5 lat poczynając od 1 stycznia roku następnego. Okres ten wynika z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt - zostały zaliczone do kategorii archiwalnej B5

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych ma Pani/Pan prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

Ma Pani/Pan prawo do wzniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku stwierdzenia iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Podanie Pani/Pana danych jest wymogiem ustawowym, wynika z realizacji obowiązku wynikających z przepisów prawa.

Zapoznałam(-em) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o prawach jakie mi przysługują w związku z przetwarzaniem danych osobowych.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Imię i Nazwisko

Załączniki:

Lp.	Nazwa załącznika	***
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności dziecka	
2	Kserokopia aktualnego orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dziecka	
3	Zaświadczenie z przedszkola/szkoły/ośrodka, w którym dziecko będzie realizowało w danym roku szkolnym roczne przygotowanie przedszkolne lub obowiązek szkolny/nauki	
4	Kserokopia skierowania ucznia do kształcenia specjalnego w danej placówce (dotyczy tylko szkół i ośrodków specjalnych)	

*** dołączone do wniosku dokumenty zaznaczyć znakiem x .