Wymiarki, dnia ..........................................

*………………………………………………………..*

*(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)*

*………………………………………………………*

*PESEL*

*………………………………………………………*

*………………………………………………………*

*(adres zamieszkania)*

*……………………………………………………..*

*numer telefonu*

**Wójt**

**Gminy Wymiarki**

### W N I O S E K

Wnoszę o zawarcie umowy o zwrot kosztów dowożenia ucznia niepełnosprawnego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Imię i nazwisko ucznia |  | |
| 2 | Data urodzenia |  | |
| 3 | Adres zamieszkania ucznia |  | |
| 4 | Adres przedszkola, szkoły lub ośrodka, do którego uczęszcza uczeń |  | |
| 5 | Imię i nazwisko rodzica, opiekuna prawnego lub opiekuna wyznaczonego przez rodzica |  | |
| 6 | Adres zamieszkania rodzica, opiekuna prawnego lub opiekuna wyznaczonego przez rodzica |  | |
| 7 | Okres dowożenia do przedszkola, szkoły lub ośrodka (od – do) |  | |
| 8 | Adres miejsca pracy rodzica, opiekuna prawnego lub opiekuna wyznaczonego przez rodzica |  | |
| 9 | Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi\*) : |  | |
| a) z miejsca zamieszkania do miejsca nauki dziecka, o którym mowa w pkt 4, a także przewozu rodzica z tego miejsca do miejsca zamieszkania lub miejsca pracy, i z powrotem |  | |
| b) z miejsca zamieszkania rodzica do miejsca pracy i z powrotem, jeżeli nie będzie wykonywany przewóz, o którym mowa w lit. a |  | |
| 10 | Uczeń do placówki uczęszczać będzie środkami komunikacji publicznej | samodzielnie |  |
| Z opiekunem |  |

\*) w pkt 9 *wypełnić a) albo b)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Potwierdzam dane dotyczące samochodu osobowego, którym dowożony będzie uczeń** | |
| Marka, model: | |
| Numer rejestracyjny: | Rok produkcji: |
| Pojemność skokowa silnika w cm3: | |

Drogę pokonuję\*\*):

|  |  |
| --- | --- |
| dwukrotnie w ciągu dnia przez pięć dni w tygodniu |  |
| dwukrotnie w ciągu dnia przez dwa dni w tygodniu |  |
| czterokrotnie w ciągu dnia przez pięć dni w tygodniu |  |

\*\*) *należy wybrać jedną z możliwych opcji*

Uczeń będzie korzystał z internatu: tak/nie\*\*\*)

\*\*\*)niepotrzebne skreślić

Nr rachunku bankowego

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

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Załączniki:

1. oświadczenie o posiadaniu aktualnego orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego ucznia,
2. skierowanie ucznia do kształcenia specjalnego w danej placówce (dotyczy tylko szkół i ośrodków specjalnych), wydane przez właściwego starostę,
3. potwierdzenie przyjęcia ucznia do szkoły lub ośrodka specjalnego, wydane przez dyrektora szkoły lub placówki.

……………………………………………..

*czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publikacja: 4.5.2016 PL Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119, informuję:

1. Administratorem danych osobowych jest Wójt Gminy Wymiarki z siedzibą w Wymiarkach przy ul. Księcia Witolda 5, Z administratorem można się skontaktować poprzez adres email: [sekretariat@wymiarki.pl](mailto:sekretariat@wymiarki.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora;
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować poprzez email iod@wymiarki.pl z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych;
3. dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 39a ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900) oraz art. 6 ust. 1 lit. c ww. Rozporządzenia, w celu zwrotu kosztów dowożenia ucznia niepełnosprawnego do szkoły, przedszkola lub placówki oświatowej;
4. odbiorcą danych osobowych może być bank i operator pocztowy;
5. dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku i zostaną zniszczone po upływie okresu, o którym mowa w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązującym u administratora;
6. podmiotowi danych przysługuje prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w zakresie zgodnym z przepisami prawa;
7. podmiotowi danych przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych: ul Stawki 2, 00-193 Warszawa, telefon: 22 860 70 86;
8. podanie danych osobowych jest warunkiem niezbędnym do rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy z rodzicem/prawnym opiekunem dziecka na zwrot kosztów związanych z dowożeniem ucznia do szkoły, przedszkola lub placówki oświatowej.

………………………………………

*data*……………………………………………………………

*czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego*

........................................................................

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

......................................................................

…………………………………………………..

Miejsce zamieszkania

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że …………………………………………..…. posiada aktualne orzeczenie

(imię i nazwisko ucznia)

o potrzebie kształcenia specjalnego o numerze …………………..……. z dnia ……………. wydane przez ……...………………………………………………….…………………………

Orzeczenie wydane jest na okres …………….…………………………….….…… .

Rodzaj niepełnosprawności ucznia\*):

1. niesłyszący,
2. słabosłyszący,
3. niewidomy,
4. słabowidzący,
5. niepełnosprawność ruchowa, w tym z afazja,
6. niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim,
7. niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym lub znacznym,

………………………………………

*data*……………………………………………………………

*czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego*