**Wójt Gminy Liszki**

**WNIOSEK**

**o zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego i opiekuna   
z miejsca zamieszkania do przedszkola, innej formy wychowania przedszkolnego, szkoły, ośrodka szkolno-wychowawczego, poradni psychologiczno-pedagogicznej**

**w przypadku zapewnienia dowozu i opieki przez rodziców/opiekunów prawnych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DANE WNIOSKODAWCY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres e-mail** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. DANE DZIECKA/UCZNIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data urodzenia** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rodzaj niepełnosprawności** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa i adres przedszkola/szkoły/ośrodka,  do którego uczęszcza dziecko/ uczeń** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. OKRES DOWOŻENIA DZIECKA/UCZNIA DO PRZEDSZKOLA/SZKOŁY/OŚRODKA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OD** | | | | Dzień | | | | Miesiąc | | | | | Rok | | | | | | | **DO** | | | | Dzień | | | | Miesiąc | | | | | Rok | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |
| **4. PRZEBIEG TRASY DOWOZU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | **Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/ośrodka/poradni, a także przewozu rodzica z tego miejsca do miejsca zamieszkania lub miejsca pracy i z powrotem** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | **Nazwa i adres miejsca zatrudnienia rodzica/opiekuna prawnego** *(wypełnić w przypadku kiedy rodzic pracuje i dowozi dziecko w drodze do pracy)* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | **Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania rodzica do miejsca pracy i z powrotem, jeżeli nie wykonywałby przewozu, o którym mowa w pkt 1.** *(wypełnić w przypadku uzupełnienia pkt. 2)* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. DANE DOTYCZĄCE POJAZDU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Marka, model** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numer rejestracyjny** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rok produkcji** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pojemność skokowa silnika** (w cm³) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. FORMA REALIZACJI PRZYZNANEGO ŚWIADCZENIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia udokumentowany zgodnie z zapisami umowy nastąpi w formie przelewu na **rachunek bankowy** wnioskodawcy: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  | | | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** | | TAK  *(zaznaczyć „X”)* | NIE  *(zaznaczyć „X”)* |
| Kserokopia aktualnego orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka | |  |  |
| Potwierdzenie przyjęcia dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola, szkoły lub ośrodka wydane przez dyrektora placówki lub osobę upoważnioną | |  |  |
| Inne dokumenty *(wymienić jakie)*: |  | | |
| **DOKUMENTY DO WGLĄDU** | | TAK  *(zaznaczyć „X”)* | NIE  *(zaznaczyć „X”)* |
| Dowód osobisty wnioskodawcy | |  |  |
| Dowód rejestracyjny pojazdu | |  |  |

Oświadczam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383 z późn. zm.)., że informacje zawarte w złożonym wniosku są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną, dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.

…………………...………………..……..

*(data i podpis wnioskodawcy)*

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) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1), zwanego dalej „Rozporządzeniem” lub „RODO”, informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Liszki, ul. Mały Rynek 2, 32-060 Liszki. Kontakt: tel. 12 280-62-41; e-mail: ug@liszki.pl. Dodatkowo, Gminny Zespół Ekonomiczno-Administracyjny Szkół w Liszkach, ul. Mały Rynek 18, 32-060 Liszki, również przetwarza Pani/Pana dane w tym zakresie.
2. W przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych lub chcąc skorzystać z przysługujących Pani/Panu praw, prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: iod@liszki.pl. Inspektorem Ochrony Danych jest pan Grzegorz Szajerka, a jego zastępcą pan David Kowalski.
3. Dane są zbierane w celu realizacji wniosku dotyczącego dowozu ucznia niepełnosprawnego do wybranej placówki edukacyjnej.
4. Dane nie będą udostępniane innych podmiotom, z wyjątkiem tych, które są upoważnione na mocy prawa.
5. Podstawą przetwarzania danych jest ustawa Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016 r.
6. Dane będą przechowywane przez czas realizacji zadania oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami archiwalnymi.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia oraz prawo sprzeciwu.
8. Można wnosić skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Dane nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani poddawane profilowaniu. Dane nie będą przekazywane poza granice UE.
10. Podanie danych jest dobrowolne, lecz konieczne do realizacji wniosku o dowóz ucznia niepełnosprawnego.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą treścią oraz zrozumienie przysługujących mi praw.

……………...………………..……..

*(data i podpis wnioskodawcy)*