Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 179.2022

 Wójta Gminy Złotów z dnia 22 grudnia 2022 r.

……………………… , dnia…………………..

 (miejscowość)

……………………………………..

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

……………………………………………..

(adres wnioskodawcy

……………………………………………..

(nr telefonu - dobrowolnie)

**WNIOSEK**

**O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO I JEGO OPIEKUNA DO PRZEDSZKOLA/SZKOŁY/OŚRODKA\***

**W ROKU SZKOLNYM ………………..**

**Wnioskuję o:**

**Zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego i jego opiekuna do przedszkola, szkoły lub ośrodka prywatnym samochodem osobowym.**

**Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:**

1. Imię i nazwisko dziecka: ………………………………………………………………..
2. Data urodzenia dziecka: ………………………………………………………
3. Adres zamieszkania dziecka (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość): ………..

…………………………………………………………………………………………...

1. Nazwa i adres przedszkola, szkoły lub ośrodka\*, do którego będzie uczęszczało dziecko (dokładny adres jednostki oświatowej oraz klasa), do której będzie uczęszczało dziecko:

………………………………………………………………………………………….

1. Imię i nazwisko rodzica, opiekuna lub opiekuna prawnego przez którego dziecko będzie dowożone oraz numer dowodu tożsamości:

………………………………………………………………………………………….

1. Nr PESEL rodzica/opiekuna prawnego:

………………………………………………………………………………………….

1. **Okres dowożenia do przedszkola, szkoły lub ośrodka\*:**

od ………………………..………….. do …………………………………………….

 (dzień-miesiąc-rok, data rozpoczęcia dowozu (dzień-miesiąc-rok, data zakończenia dowozu
 w danym roku szkolnym) w danym roku szkolnym)

1. Wskazuję jedną z poniższych opcji, celem zwrotu kosztów przewozu dziecka niepełnosprawnego do przedszkola/szkoły/ośrodka\*
2. **Opcja 1** (miejsce zamieszkania-placówka)

Przewóz dziecka na trasie do szkoły/placówki:

1. miejsce zamieszkania ………………………………………………placówka (adres) ……………………………………………………………………………………………
2. placówka (adres) ……………………………………………… miejsce zamieszkania ……………………………………………………………………………………………

Przewóz dziecka na trasie ze szkoły/placówki:

1. placówka (adres) ……………………………… ……………… miejsce zamieszkania

……………………………………………………………………………………………

1. miejsce zamieszkania …………………….. …………………………placówka (adres)

……………………………………………………………………………………………

1. **Opcja 2** (miejsce zamieszkania-placówka-miejsce pracy)

Przewóz dziecka na trasie do szkoły/placówki:

1. miejsce zamieszkania …………………………………………………placówka (adres) ……………………………………………………………………………………………
2. placówka (adres) ……………………………………………….. miejsce pracy (adres)

……………………………………………………………………………………………

Przewóz dziecka na trasie ze szkoły/placówki:

1. miejsce pracy (adres) ………………………………………………… placówka (adres) ……………………………………………………………………………………………
2. placówka (adres) ……………………………………………… miejsce zamieszkania ……………………………………………………………………………………………
3. **Opcja 3** (powierzenie wykonania transportu i sprawowanie opieki w czasie przewozu innemu podmiotowi)

Przewóz dziecka na trasie do szkoły/placówki:

1. miejsce zamieszkania ………………………………………………... placówka (adres) ……………………………………………………………………………………………
2. placówka (adres) ……………………………………………… miejsce zamieszkania ……………………………………………………………………………………………

Przewóz dziecka na trasie ze szkoły/placówki:

1. miejsce zamieszkania ………………………………………………... placówka (adres) …………………………………………………………………………………
2. placówka (adres) ………………………………………………. miejsce zamieszkania ……………………………………………………………………………………………
3. Należność z tytułu zwrotu kosztów dowozu dziecka proszę przekazać na konto bankowe numer:

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

1. W załączeniu (dokumenty potwierdzone za zgodność z oryginałem)\*\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności dziecka |  |
| 2 | Aktualne orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność lub o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wystawione przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną |  |
| 3 | Potwierdzenie przyjęcia/uczęszczania dziecka do przedszkola, szkoły, ośrodka wydane przez dyrektora placówki (wzór stanowi załącznik nr 1 do wniosku) |  |
| 4 | Inne dokumenty: |  |

**Oświadczam, że:**

1. Do przewozu mojego dziecka korzystam z pojazdu o poniższych parametrach:
2. marka, model, rocznik: …………………………………………………………………………………………….

2) pojemność silnika: ………………………………………………………………………………………………

2. Samochód jest sprawny technicznie – posiada aktualne badania techniczne: TAK/NIE\*.

3. Posiadam aktualne ubezpieczenie OC, NNW – TAK/NIE\*.

4. Przyjmuje do wiadomości, że mogę zostać zobowiązana/zobowiązany\* do
 uwiarygodnienia danych zawartych we wniosku oryginałami dokumentów.

5. Oświadczam, że znam i rozumiem zasady odpowiedzialności karnej za zatajanie prawdy lub zeznanie nieprawdy zgodnie z art. 233 §$§$ 1 w związku z § 6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny i potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe.

6. Przyjmuję do wiadomości, że liczba kilometrów dla wybranej trasy zostanie przeliczona na podstawie danych ze strony internetowej Mapy Google i będzie to trasa najkrótsza przeliczona na podstawie danych adresów z danej wskazanej spośród trzech opcji.

……………………………………………………..

(czytelny podpis wnioskodawcy,

rodzica/opiekuna prawnego)

**Zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych mojego dziecka zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a) 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 dla potrzeb i celów związanych z dowozem dziecka niepełnosprawnego transportem zbiorowym /indywidualnym.

………………………………..

 (data, czytelny

 podpis wnioskodawcy,

 rodzica/opiekuna prawnego)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dołączone do wniosku dokumenty należy zaznaczyć znakiem „x”

* 1. **KLAUZULA INFORMACYJNA**
	2. **o przetwarzaniu danych osobowych w związku z dowozem dzieci niepełnosprawnych do szkół przedszkoli, oddziałów przedszkolnych mieszczących się przy szkole podstawowej, ośrodka rewalidacyjno – wychowawczego, specjalnych ośrodków szkolno – wychowawczych**

Na podstawie art. 13 ust. 1-2 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 (RODO) informujemy, że**:**

**1. ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH.**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Złotów reprezentowana przez Wójta Gminy Złotów, z siedzibą przy ul. Leśnej 7, 77-400 Złotów (e-mail: urzad@gminazlotow.pl, tel. 67-263-53-05)

**2. INSPEKTOR OCHRONY DANYCH.**

W sprawach związanych z ochroną danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Gminy Złotów może się Pani/Pan kontaktować z INSPEKTOREM OCHRONY DANYCH w następujący sposób:

1. elektronicznie: iod@gminazlotow.pl
2. telefonicznie: 67-263-53-05 wew. 119
3. pisemnie: na adres siedziby Administratora danych.

**3. PODSTAWA PRAWNA I CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH.**

Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego wynikającego z ustawy Prawo oświatowe dotyczące dowozu dzieci niepełnosprawnych do szkół, przedszkoli, oddziałów przedszkolnych mieszczących się przy szkole podstawowej, ośrodka rewalidacyjno – wychowawczego, specjalnych ośrodków szkolno – wychowawczych (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO)

**4. ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH.**

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, które przetwarzają dane osobowe na zlecenie administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (m. in. firmy świadczące usługi informatyczne, archiwizacyjne).

**5. OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH OSOBOWYCH.**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, do których zostały zebrane, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa – zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

**6. PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ.**

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do:

1. dostępu do treści swoich danych osobowych, w tym do uzyskania kopii tych danych,
2. sprostowania/poprawienia swoich danych osobowych,
3. ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
4. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych,
5. prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem

**7. PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO.**

Gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**8. INFORMACJA O WYMOGU / DOBROWOLNOŚCI PODANIA DANYCH ORAZ KONSEKWENCJACH NIEPODANIA DANYCH OSOBOWYCH.**

Podanie danych osobowych jest warunkiem realizacji dowozu dzieci niepełnosprawnych. Rodzic/opiekun ucznia, którego dane dotyczą są zobowiązani do ich podania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości rozpatrzenia wniosku i realizacji dowozu dzieci niepełnosprawnych.

**9. ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI, PROFILOWANIE.**

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji i nie będą profilowane.

Załącznik Nr 1 do wniosku

**……………………………………………….**

(pieczęć przedszkola, szkoły lub ośrodka)

**POŚWIADCZENIE DYREKTORA**

**PRZEDSZKOLA/SZKOŁY/OŚRODKA\***

Zaświadcza się, że uczeń ……………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko, data urodzenia i adres zamieszkania)

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

Został przyjęty/uczęszcza\* w roku szkolnym ………….../…………… do

przedszkola/szkoły/ośrodka\*…………………………………………………………………...

 ( nazwa i adres przedszkola/szkoły/ośrodka)

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

………….……………………………………………

(data , podpis i pieczęć dyrektora przedszkola/szkoły/ośrodka\*

lub osoby upoważnionej)

**\***niepotrzebne skreślić