Świdwin, dnia………………………...

 **Burmistrz Miasta Świdwin**

**Wniosek**

**o zwrot kosztów przejazdu ucznia (dziecka) niepełnosprawnego**

 Proszę o zwrot kosztów przejazdu ucznia (dziecka) niepełnosprawnego do przedszkola/oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego/szkoły podstawowej/szkoły ponadpodstawowej\*zwanych dalej „*jednostką oświatową”*

I. Dane Wnioskodawcy

1. Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………..……
2. PESEL……………………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. Adres zamieszkania……………………………………………………………………………………………………………….………..
4. Przedstawicielstwo: rodzic/prawny opiekun\*
5. Nr telefonu/e-mail:…………………………………………………………………………………………………………………………
6. Nr rachunku bankowego………………………………………………………………………………………………………………...

II. Dane ucznia (dziecka) niepełnosprawnego:

1. Imię i Nazwisko……………………………………………………………………………………………………………….………………
2. Adres zamieszkania:……………………………………………………………………………………………………………………….
3. Data urodzenia………………………………………………………………………..……………………………………………………..
4. Nazwa i adres jednostki oświatowej………………………………………………………………………………………….…….

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

1. Okres dowożenia ucznia (dziecka) niepełnosprawnego do jednostki oświatowej:

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

III. Oświadczenia wnioskodawcy (adekwatne oświadczenia należy zaznaczyć stawiając znak **X**  oraz uzupełnić wpis lub **niepotrzebne skreślić**)

|  |
| --- |
| **Wnioskodawca oświadcza, że:** |
| □ | zapewnia dowożenie samodzielnie (na własny koszt) |
| □ | powierzył wykonywanie transportu i sprawowanie opieki w czasie przewozu innemu podmiotowi/ osobie trzeciejnazwa podmiotu:………………………………………………………………………………………….siedziba lub adres podmiotu:…………………………………………………………………………………………. |
| □ | zapewnia dowożenie samodzielnie prywatnym samochodem osobowym marki…………………..; model………………..; o pojemności silnika……………;o numerze rejestracyjnym……………………….;samochód posiada ważny dowód rejestracyjny o numerze………………………… z aktualnym wpisem dotyczącym badań technicznych oraz ważne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej(OC) ; |
| □ | najkrótsza trasa z miejsca zamieszkania ucznia (dziecka) niepełnosprawnego do *jednostki oświatowej* przejeżdżana tym samochodem drogami publicznymi wynosi…………….km |
| □ | dowozi ucznia (dziecko) niepełnosprawne jadąc tylko z miejsca zamieszkania do *jednostki oświatowej,* a także z tego miejsca do miejsca zamieszkania i z powrotem |
| □ | pracuje, ale nie łączy dowozu ucznia (dziecka) niepełnosprawnego z dojazdem do pracy |
| □ | dowozi ucznia (dziecko) niepełnosprawne na trasie przejazdu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania do miejsca pracyadres miejsca pracy:…………………………………………………………………. |
| □ | najkrótsza trasa przejeżdżana drogami publicznymi między miejscem zamieszkania a miejscem pracy wynosi………………………km |
| □ | powierzył wykonanie transportu i sprawowanie opieki w czasie przewozu innemu podmiotowi samochodem osobowym marki…………………..; model ……………..; o pojemności silnika …………………. o numerze rejestracyjnym…………………..; samochód posiada ważny dowód rejestracyjny o numerze…………………………..z aktualnym wpisem dotyczącym badań technicznych oraz ważne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej(OC) ; |
| □ | najkrótsza trasa z miejsca zamieszkania ucznia (dziecka) niepełnosprawnego do *jednostki oświatowej* przejeżdżana tym samochodem drogami publicznymi wynosi…………………km |
| □ | załączone kopie dokumentów są zgodne z oryginałem |
| □ | przyjmuje do wiadomości, że może zostać zobowiązany do uwiarygodnienia danych zawartych we wniosku oryginałami dokumentów |

IV. Informacje o załącznikach (należy zaznaczyć stawiając znak **X**)

|  |
| --- |
| **Załączniki wymagane:** |
| □ | kopia aktualnego orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego (oryginał dokumentu do wglądu) |
| □ | kopia aktualnego orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych (oryginał dokumentu do wglądu) |
| □ | aktualne zaświadczenie potwierdzające fakt uczęszczania ucznia (dziecka) niepełnosprawnego do *jednostki oświatowej* |
| □ | upoważnienie właściciela/współwłaściciela do użytkowania pojazdu do dowożenia dziecka lub ucznia niepełnosprawnego do *jednostki oświatowej* – w przypadku gdy wnioskodawca nie jest jedynym właścicielem pojazdu, lub użytkuje pojazd, który nie jest jego własnością |
| □ | Oświadczenie innego podmiotu o wykorzystaniu pojazdu do dowożenia i opieki w czasie przewozu dziecka lub ucznia niepełnosprawnego wraz z opiekunem do *jednostki oświatowej* – w przypadku gdy rodzic/prawny opiekun zleci dowożenie i opiekę w czasie przewozu dziecka lub ucznia niepełnosprawnego innemu podmiotowi |
| □ | zaakceptowana klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych (RODO) |
| □ | zgoda na przetwarzanie danych osobowych |

V. Dokumenty do okazania: dowód osobisty.

 …………………………………….

 Podpis Wnioskodawcy

\*niepotrzebne skreślić

 Świdwin, dnia…………………..

…………………………………………………….

 (imię i nazwisko właściciela/współwłaściciela\* pojazdu)

…………………………………………………………..

 (adres)

**Upoważnienie właściciela/współwłaściciela samochodu**

**do użytkowania go przez rodzica/prawnego opiekuna.**

Upoważniam (imię i nazwisko)………………………………………………………………………………………………………..

do użytkowania mojego samochodu marki……………………………………………………………………………………..

model…………………………………………………. o numerze rejestracyjnym…………………………………………………

którego jestem właścicielem/współwłaścicielem\*, do dowożenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego

(imię i nazwisko)…………………………………………………………………………………………………………………………………

do jednostki oświatowej (nazwa i siedziba)………………………………………………………………………………………...

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

w roku szkolnym………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………..

 (podpis właściciela/współwłaściciela pojazdu)

\*niepotrzebne skreślić

 Świdwin, dnia…………………..

…………………………………………………….

 (nazwa lub imię i nazwisko innego podmiotu)

…………………………………………………………..

 (siedziba lub adres)

**Oświadczenie innego podmiotu o wykorzystaniu pojazdu do dowożenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego wraz z opiekunem.**

Oświadczam, że samochód marki………………………………………………..model………………………………………….....

o numerze rejestracyjnym……………………………………………………..., którego jestem właścicielem, jest używany do dowożenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego ………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko)

do jednostki oświatowej (nazwa i siedziba)…………………………………………………………………………………………..

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

wraz z opiekunem (imię i nazwisko)………………………………………………………………………………………………………

w roku szkolnym………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………..

 (podpis innego podmiotu)

\*niepotrzebne skreślić

**ZGODANA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

 Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 „RODO”, oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych, w zawartych przeze mnie dokumentach, przez Urząd Miasta Świdwin t.j, jednostkę odpowiadającą za prowadzenie obsługi w zakresie dowożenia uczniów/dzieci niepełnosprawnych do przedszkoli, szkół lub placówek, firmy świadczące usługę przewozu dzieci/uczniów niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Świdwin.

Oświadczam, iż zapoznałam/łem się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych.

……………………………………… ………………………………………

 miejscowość i data czytelny podpis

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

 Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Miasta Świdwin, 78-300 Świdwin, pl. Konstytucji 3 Maja 1, adres email: ratusz@swidwin.pl, tel. 943652011.

2. W sprawie swoich danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z naszym inspektorem ochrony danych, przesyłając e-mail na adres iodo@swidwin.pl

3. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie art. 6, ust.1, lit. c, oraz w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze określonego Ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe w zakresie obowiązku gminy dotyczącego dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego, w tym w sprawie zwrotu kosztów dowożenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej, ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, szkoły podstawowej albo szkoły ponadpodstawowej.

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy upoważnione do otrzymania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa tj. jednostki odpowiadającę za prowadzenie obsługi w zakresie dowożenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej, ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, szkoły podstawowej albo szkoły ponadpodstawowej.

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

6. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny dla realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej, niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez podmioty przetwarzające lub nadzorowane przez Burmistrza Miasta Świdwin przysługują Pani/Panu następujące prawa:

1) prawo dostępu do treści swoich danych,

2) prawo sprostowania swoich danych osobowych,

3) prawo do usunięcia danych,

4) prawo do ograniczenia przetwarzania,

5) prawo do przenoszenia danych,

6) prawo wniesienia sprzeciwu,

7) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

8. Posiada Pani/Pan również prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy RODO.

 9. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Wójt Gminy Stryszów nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

 ……………………………… ……………………………….

 (miejscowość i data)  (podpis)