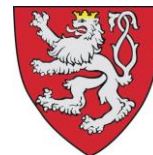


URZĄD MIASTA W KŁODZKU

Plac Bolesława Chrobrego 1, 57-300 Kłodzko,
tel. centrala 074 865 46 00

www.klodzko.pl
fax 074 864 40 62

www.um.bip.klodzko.pl
e-mail: umklod@um.klodzko.pl



DANE PODMIOTU WNOSZĄCEGO*

Nazwisko i Imię / Nazwa:

Adres zamieszkania/Adres siedziby:

Adres do korespondencji**:

Adres e-mail***:

Nazwisko i Imię osoby reprezentującej podmiot*:

Adres elektronicznej
skrzynki podawczej

telefon e-mail
(stacjonarny, komórkowy)

/pieczęć urzędu i data wpływu/

BURMISTRZ MIASTA KŁODZKA
pl. Bolesława Chrobrego 1
57-300 Kłodzko

Załącznik nr 3
do Regulaminu przewozu uczniów zamieszkałych na
terenie Gminy Miejskiej Kłodzko

WNIOSEK W SPRAWIE ZWROTU RODZICOM/OPIEKUNOM PRAWNYM KOSZTÓW PRZEWOSU DZIECI, MŁODZIEŻY I UCZNIÓW ORAZ RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH DO PRZEDSZKOLA/SZKOŁY/OŚRODKA REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZEGO UMOŻLIWIAJĄCEGO REALIZACJĘ WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO, ROCZNEGO OBOWIAZKOWEGO PRZYGOTOWANIA PRZEDSZKOLNEGO, OBOWIĄZKU SZKOLNEGO I OBOWIĄZKU NAUKI

I. 1. Wnioskuje o zwrot kosztów za przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego, w roku
szkolnym/.....

1) Imię i nazwisko dziecka/ucznia niepełnosprawnego :

.....;

2) Data urodzenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego:

3) Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

4) PESEL rodzica/opiekuna prawnego:

5) Nazwa i adres przedszkola/szkoły/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego* do którego
uczęszcza dziecko:

.....

.....

.....

6) Adres zamieszkania dziecka/ucznia niepełnosprawnego (dalej: miejsce
zamieszkania).....

.....

2. Wskazuję jedną z poniższych opcji, celem zwrotu kosztów przewozu dziecka/ucznia
niepełnosprawnego do przedszkola/ szkoły/ośrodka*

URZĄD MIASTA W KŁODZKU

Plac Bolesława Chrobrego 1, 57-300 Kłodzko,
tel. centrala 074 865 46 00

www.klodzko.pl
fax 074 864 40 62

www.um.bip.klodzko.pl
e-mail: umklod@um.klodzko.pl



1) **Opcja 1** (miejsce zamieszkania – placówka)

Przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego na trasie do przedszkola/szkoły/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego:

a) miejsce zamieszkania placówka (adres)
.....

b) placówka (adres) miejsce zamieszkania
.....

Przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego na trasie ze:

c) miejsce zamieszkania placówka (adres)
.....

d) placówka (adres) miejsce zamieszkania
.....

2) **Opcja 2** (miejsce zamieszkania – placówka – miejsce pracy)

Przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego na trasie do przedszkola/szkoły/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego:

a) miejsce zamieszkania placówka (adres)
.....

b) placówka (adres) miejsce pracy (adres)
.....

Przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego na trasie ze szkoły/placówki:

c) miejsce pracy (adres) placówka (adres)
.....

d) placówka (adres) miejsce zamieszkania
.....

3. Nazwa i numer konta bankowego, na który będzie dokonany zwrot kosztów:

.....

4. Dziecko/uczeń niepełnosprawny posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego/

orzeczenie o potrzebie grupowych zajęć rewalidacyjno-wychowawczych* z dnia,

wydane przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną, na okres

....., z uwagi na (podać rodzaj

niepełnosprawności)

II. 1. Oświadczam, że do przewozu mojego dziecka/ucznia niepełnosprawnego korzystam

z pojazdu o poniższych parametrach:

1) marka, model, rocznik, nr rejestracyjny

:,

2) pojemność silnika :,



3) rodzaj silnika:,

4) rodzaj paliwa: benzyna, olej napędowy, autogaz*,

5) średnie zużycie paliwa w jednostkach na 100 kilometrów dla danego pojazdu
według danych producenta pojazdu.....

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

3. Posiadam aktualne ubezpieczenie OC – TAK/NIE*.

4. Przyjmuję 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 zatajenie 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 podanych adresów z jednej wskazanej spośród 2 opcji.

.....

.....

Miejscowość, data

Czytelny podpis wnioskodawcy

Realizując obowiązek wynikający 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) informuję, że:

DODATKOWE INFORMACJE:

1. Administratorem danych osobowych Pani/Pana jest Burmistrz Miejska Kłodzko, pl. B. Chrobrego 1, 57-300 Kłodzko.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Bezpieczeństwa e-mail: iod@um.klodzko.pl, 74 865 46 00
3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 39 ust. 4 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. ustawy Prawo oświatowe (Dz.U. 2021.1082 ze zm.), oraz art. 6 ust. 1 lit c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.
4. Dane będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu zapewnienia bezpłatnego dowozu ucznia do szkoły.
5. Przetwarzanie Pani/Pana danych jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat.
7. Posiada Pani/Pan prawo do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania.
8. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (www.giodo.gov.pl) jeżeli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją nie podania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku i zapewnienia bezpłatnego dowozu ucznia do szkoły.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)