

Wierzchosławice, dnia.....

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

Wójt Gminy Wierzchosławice
33 – 122 Wierzchosławice 550

WNIOSEK

w sprawie zwrotu rodzicom/opiekunom prawnym kosztów przewozu dziecka niepełnosprawnego do przedszkola, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego

Wnioskuje o zwrot kosztów przewozu dziecka niepełnosprawnego do szkoły/przedszkola/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego* własnym środkiem transportu w roku szkolnym

Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

1. Imię i nazwisko dziecka

2. Data urodzenia dziecka

3. Adres zamieszkania.....

4. Nazwa i adres placówki, do której będzie uczęszczało dziecko.....

.....

5. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*, nr dowodu tożsamości.....

.....

6. Adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego*.....

.....

7. Adres miejsca pracy rodzica/opiekuna prawnego*.....

.....

8. Okres dowożenia dziecka do szkoły/przedszkola/ośrodka*.....

9. Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania do placówki wynosi.....

.....

9. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty wykonujące na zlecenia administratora zadania związane z utrzymaniem systemów informatycznych uczestniczących w przetwarzaniu danych;
10. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym nie będą podlegały profilowaniu.

Wierzchosławice, dnia

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY

Po zapoznaniu się z informacjami i pouczeniami zawartymi w niniejszej klauzuli wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka w celu realizacji obowiązków Gminy Wierzchosławice związanych z realizacją zwrotu kosztów przejazdu dziecka lub ucznia niepełnosprawnego oraz jego opiekuna do przedszkola, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego.

Wierzchosławice, dnia

.....
podpis