**Załącznik nr 2**

 **do Zarządzenia Nr 120.2.2023**

 **Burmistrza Zatora**

 **z dnia 02 stycznia 2023 r.**

Zator, dnia ………………..r.

...............................................................

(Nazwisko i Imię Wnioskodawcy)

............................................................... **Burmistrz Zatora**

(Adres zamieszkania) Plac Marszałka Józefa Piłsudskiego 1

 32-640 Zator

………………………………………...

(adres E-mail)

...............................................................

(nr telefonu)

# Wniosek

**o zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego\***

**transportem indywidualnym**

**w roku szkolnym ………………………….**

1. **Wnioskuję o:**

Zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego\* własnym środkiem transportu.

**Na okres:**

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

 (data rozpoczęcia dowozu) (data zakończenia dowozu)

1. **Dane :**

1) Nazwisko i imię dziecka/ucznia niepełnosprawnego: ………………………..……….….……

2) Data i miejsce urodzenia:…………………………..……………………………..……….…...

3) Adres zamieszkania dziecka/ucznia:……………………..……..…………………………...…

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

4) Dokładna nazwa i adres przedszkola, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, do

którego będzie uczęszczało dziecko/uczeń\*:………………………………………………..…

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

5) 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) ..................................................................................................................

6) Nazwisko i imię rodzica, opiekuna lub opiekuna prawnego oraz PESEL:

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

7) Adres zamieszkania rodzica, opiekuna lub opiekuna prawnego:

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

8) Numer rachunku bankowego na który będzie przekazywane dofinansowanie:

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

1. **Dane o miejscu pracy rodzica: \***

Nazwa oraz adres miejsca pracy rodzica/opiekuna: …………………………….….………….…

*\*wypełnić w przypadku gdy dziecko jest dowożone po drodze do pracy i z powrotem*

1. **Oświadczam, że do przewozu mojego dziecka/ucznia niepełnosprawnego korzystam
z pojazdu o poniższych parametrach:**

1) Marka, model i typ:.………………..………………………………………..……..……….….

2) Rok produkcji:…………………………………………………………………..…….………..

3) Pojemność silnika (cm3):……….…………………...……………………………...…….…….

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

5) Posiadam aktualne ubezpieczenie OC - TAK/NIE\*.

1. **Dokumenty załączone do wniosku:**
2. Aktualne orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego dziecka/ucznia\*.
3. Zaświadczenie potwierdzające przyjęcie dziecka/ucznia\* do przedszkola, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, podpisane przez dyrektora placówki oświatowej lub osobę upoważnioną.
4. Inne dokumenty: ……………………………………………………………………………....
5. **Oświadczenie Wnioskodawcy:**

Oświadczam, iż:

* 1. informacje zawarte w złożonym wniosku oraz załącznikach do wniosku są zgodne
	z prawdą,
	2. przyjąłem/przyjęłam\* do wiadomości, że podane we wniosku informacje mogą zostać skontrolowane, mogę zostać zobowiązany/zobowiązana do uwiarygodnienia danych zawartych we wniosku oryginałami dokumentów,
	3. posiadam uprawnienia do kierowania pojazdem zgodnie z przepisami ustawy z dnia
	5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1212 z późn. zm.).
	4. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku, dla celów związanych z realizacją zwrotu kosztów przejazdu dziecka lub ucznia niepełnosprawnego i opiekuna do przedszkola, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego.

Przyjmuję do wiadomości, że liczba kilometrów dla wybranej trasy zostanie zweryfikowana na podstawie danych ze strony internetowej Mapy Google i będzie to trasa najkrótsza wyznaczona na podstawie podanych adresów.

 …………………………………………………

 (czytelny podpis Wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić