

Sośno, dnia .....

.....  
(Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(Adres zamieszkania: ulica, nr domu i mieszkania)

..... - .....  
(Kod pocztowy, miejscowość)

.....  
(Seria i numer dowodu osobistego rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(PESEL rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(Nr telefonu)

.....  
(E-mail)

**Wójt Gminy Sośno**

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEWOZU UCZNIĄ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

Proszę o zwrot kosztów przewozu ucznia niepełnosprawnego

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

do przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej, innej formy wychowania przedszkolnego, ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, szkoły podstawowej albo szkoły ponadpodstawowej (*odpowiednie podkreślić*).

**I. Dane ucznia:**

a. Adres zamieszkania dziecka:

.....

b. Nazwa i dokładny adres szkoły lub ośrodka, do którego będzie uczęszczało dziecko:

.....

.....

## II. Dane pojazdu<sup>1</sup>:

- a. Marka samochodu  
.....
- b. Model  
.....
- c. Rok produkcji  
.....
- d. Numer rejestracyjny samochodu  
.....
- e. Numer dowodu rejestracyjnego  
.....
- f. Pojemność skokowa silnika ..... cm<sup>3</sup>
- g. Średnie zużycie paliwa na 100 km samochodu według danych producenta (należy podać według informacji o średnim zużyciu paliwa wskazanej w świadectwie zgodności WE lub z zaświadczenia od producenta pojazdu ze wskazaniem nr VIN o średnim zużyciu paliwa w jednostkach na 100 km – w cyklu miejskim): ..... l/100 km
- h. Silnik samochodu napędzany jest (właściwe podkreślić)<sup>2</sup>:
  - i. benzyną silnikową bezołowiową 95 oktanową,
  - ii. olejem napędowym,
  - iii. gazem LPG2.

## III. Informacje dotyczące trasy dowozu.

- a. Liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/placówki (w jedną stronę): ..... km.

*Punkty b, c i d należy wypełnić, jeśli dowóz dziecka odbywa się na trasie przejazdu rodzica/prawnego opiekuna do miejsca pracy.*

- b. Liczba kilometrów z przedszkola/ szkoły/placówki do miejsca pracy: ..... km.
- c. Adres miejsca pracy rodzica/ prawnego opiekuna  
.....

- d. Liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do miejsca pracy rodzica ..... km.

## IV. Zwrot kosztów przewozu ucznia.

Zwrot kosztów przewozu ucznia niepełnosprawnego proszę wpłacić na rachunek:

nazwa rachunku: .....

nr rachunku: .....

Oświadczam, że podane we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do okazania Świadectwa zgodności WE lub zaświadczenia od producenta pojazdu ze wskazaniem nr VIN o średnim zużyciu paliwa w jednostkach na 100 km, dowodu

<sup>1</sup> Dane konieczne do ustalenia wskaźnika „d”, o którym mowa w art. 39 a ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r.-Prawo oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910).

<sup>2</sup> Średnią cenę dla danego typu paliwa ustala na każdy roku szkolny Rada Gminy Sosno w drodze uchwały.

rejestracyjnego pojazdu i zaświadczenia o miejscu zatrudnienia w przypadku wątpliwości co do poprawności danych zawartych we wniosku.

Sośno, dnia .....  
.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY  
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie z art. 6 ust. 1 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: numer telefonu i adres e-mail, w celu przekazywania przez urząd istotnych informacji związanych z prowadzonym postępowaniem.

Sośno, dnia .....  
.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**V. Załączniki:**

1. Aktualne zaświadczenie z przedszkola/szkoły/placówki.
2. Kopia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.