

(nazwisko i imię rodzica/opiekuna)

(adres zamieszkania rodzica/opiekuna)

(telefon kontaktowy)

Wójt Gminy Baruchowo

W N I O S E K

o zwrot kosztów dowozu ucznia niepełnosprawnego

Proszę o zwrot kosztów dowozu ucznia

ur. zam. do

(adres szkoły)

..... w okresie od do

Informuję, że odległość z miejsca zamieszkania do szkoły wynosi km.

Oświadczam, że posiadam uprawnienia do kierowania pojazdem zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 21 stycznia 2004 r. w sprawie wydawania uprawnień do kierowania pojazdami (Dz. U. z 2004 r. Nr 24, poz. 215 z późn. zm).

Jednocześnie oświadczam, iż dowóz zapewnię własnym środkiem transportu tj.:

samochód marki, pojemność, rodzaj paliwa

średnie zużycie paliwa na 100 km

Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, pod odpowiedzialnością z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.), iż:

- informacje zawarte w złożonym wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą;
- przyjąłem(ęłam) do wiadomości, że podane we wniosku informacje będą kontrolowane;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z organizacją uczniów do szkół i ośrodków, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

Załączniki do wniosku:

1. Orzeczenie o niepełnosprawności ucznia.
2. Orzeczenie z poradni psychologiczno pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego.
3. Potwierdzenie dyrektora szkoły lub ośrodka o przyjęciu ucznia.
4. Kserokopia dowodu rejestracyjnego samochodu.
5. Kserokopia polisy ubezpieczeniowej samochodu OC i NW.
6. Kserokopia uprawnienia do kierowania pojazdem.
7. Inne dokumenty

.....