

WNIOSEK
O ZWROT KOSZTÓW DOWOŻENIA DZIECKA/UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO DO
SZKOŁY W ROKU SZKOLNYM

Łódź, dn.

Zespół Szkół Specjalnych nr 2 w

Łodzi, ul. Karolewska 30/34

DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego
2. Imię i nazwisko dziecka
3. Adres zamieszkania
4. Telefon kontaktowy
5. Nr konta, na który będzie dokonywany zwrot:

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Wnioskodawca oświadcza, że:

- zapewnia samodzielny dowóz własnym samochodem .
- zapewnia dowóz w okresie od do
- dowozi dziecko na trasie:
 - A. miejsce zamieszkania – szkoła – miejsce zamieszkania i z powrotem
 - B. miejsce zamieszkania – szkoła – miejsce pracy i z powrotem
- najkrótsza trasa z miejsca zamieszkania do szkoły i z powrotem wynosi..... km.
- najkrótsza trasa z miejsca zamieszkania do miejsca pracy i z powrotem wynosi..... km.
- informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Administratorem danych osobowych jest Zespół Szkół Specjalnych nr 2 w Łodzi. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych związanych ze zwrotem kosztów przejazdu. Posiada Pan/Pani prawo do dostępu i sprostowania danych oraz ograniczenia przetwarzania danych na zasadach określonych w rozporządzeniu 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.). Szczegółowa klauzula jest dostępna na stronie internetowej szkoły oraz w szkolnym sekretariacie.

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)