

Załącznik Nr 1
do Zarządzenia Nr 27/2015
Prezydenta Miasta Konina
z dnia 26 lutego 2015 r.

(imię i nazwisko wnioskodawcy)
.....
(nr PESEL)
.....
(adres zamieszkania)
.....
(nr telefonu)

**Wydział Oświaty
Urzędu Miejskiego
ul. Pl. Wolności 1
62-500 Konin**

W N I O S E K

Wnoszę o zwrot kosztów ponoszonych na przejeździe do szkoły / placówki mojego dziecka

.....
/imię i nazwisko dziecka/
zamieszkałego w Koninie przy ul.
Dziecko uczęszcza do (nazwa i adres szkoły / placówki)
.....
Liczba kilometrów na trasie dom-szkoła-dom wynosi..... km x 2 =
Dziecko dowożone jest przez (imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna*).....
.....zam. w przy
ulicy....., będącego właścicielem samochodu
marki o pojemności skokowej silnika m³.
Rachunek właściwy do przekazania zwrotu kosztów przejazdu:

.....
(numer rachunku)

W załączniku:

- kserokopia orzeczenia poradni o potrzebie kształcenia specjalnego dziecka,
- kserokopia dowodu rejestracyjnego,
- potwierdzenie przyjęcia dziecka do przedszkola, szkoły, ośrodka.

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

*niepotrzebne skreślić

Oświadczenie

Na podstawie art. 23 ust. 1 i ust. 2 ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014r., poz.1182 ze zm.) oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka, w tym danych o jego niepełnosprawności, dla celów realizacji przez Urząd Miasta Konin zwrotu kosztów ponoszonych przeze mnie na przejazd dziecka do szkoły / placówki.

.....
Podpis wnioskodawcy