Dane wnioskodawcy …………………..…………………

………………………………………………..

………………………………………………..

………………………………………………..

Nr tel. **…………………………..…………… Urząd Gminy Staroźreby**

 **ul. Płocka 18**

 **09-440 Staroźreby**

 **Wniosek o zwrot kosztów przewozu przez rodzica/opiekuna prawnego**

 **niepełnosprawnego dziecka do przedszkola, szkoły, innej placówki oświatowej**

 **za miesiąc …………………………………………………………………………………...**

Wnioskuję o zwrot kosztów przewozu niepełnosprawnego dziecka

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

zam. ……………………………………………………………………………………………………………….

do przedszkola, szkoły, innej placówki oświatowej (nazwa i adres placówki) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

w miesiącu ………………………………………………………………………………………………………..

Adres miejsca pracy rodzica/opiekuna prawnego…………………………………………………………….

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

Odległość – liczba kilometrów:

a)przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania do przedszkola, szkoły, innej placówki oświatowej, a także przewozu rodzica z tego miejsca do miejsca zamieszkania lub miejsca pracy,
i z powrotem - wynosi ……………………………………………………………………………………………;

b) przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania rodzica do miejsca pracy i z powrotem, jeżeli nie wykonuje przewozu, o którym mowa w lit. a – wynosi …………………………………………………..;

Średnie zużycie paliwa na 100 km dla danego pojazdu według danych producenta pojazdu wynosi…………………………………………………………………..…………………………………………..

Marka, model, pojemność silnika pojazdu……………………………………………………………………..

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

 benzyna

 olej napędowy

 autogaz

Świadomy(a )odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń –art. 233 § 1 i §6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy i moim aktualnym statusem prawnym.

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

 (Podpis rodzica/prawnego opiekuna)

**Potwierdzenie obecności dziecka na zajęciach w przedszkolu, szkole, innej placówce oświatowej:**

W miesiącu ………………………………… dziecko …………………………………………………………

 (Imię i nazwisko)

uczęszczało…………………………………. dni na zajęcia w przedszkolu, szkole, innej placówce

 (liczba dni)

oświatowej.

 ……………………………………………………………………………..

 (pieczątka i podpis dyrektora przedszkola, szkoły lub osoby upoważnionej)

Zwrotu kosztów przejazdu należy dokonać na wskazane konto bankowe:

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

Adnotacje Urzędu Gminy w Staroźrebach:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 (data) (podpis przedstawiciela Urzędu Gminy)