…………………………………………… …………………………………………….

Organ prowadzący placówkę Miejscowość, data

**INFORMACJA MIESIĘCZNA**

 o faktycznej liczbie uczniów (według stanu na pierwszy dzień miesiąca)

 za miesiąc …………… rok ……………………….

1. Nazwa i adres organu prowadzącego szkołę/placówkę, osoby prawnej lub imię i nazwisko osoby fizycznej:

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

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

2. Pełna nazwa i adres szkoły:

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

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

2. Rachunek bankowy szkoły właściwy do przekazania należnej dotacji:

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

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

3. Liczba uczniów:

|  |
| --- |
| **Szkoła ponadpodstawowa dla młodzieży** |
| **Zawody/klasy:** | **Liczba uczniów ogółem według stanu na pierwszy dzień bieżącego miesiąca** | **W tym: uczniowie z niepełnosprawnościami** | **Liczba uczniów wykazanych w informacji złożonej w poprzednim miesiącu, dla których frekwencja wyniosła > 50 %** |
|  |  |
| ……………….. |  |  |  |
| ……………….. |  |  |  |
| ……………….. |  |  |  |
| ……………….. |  |  |  |
| ……………….. |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

*Termin składania informacji do dnia 10-go każdego miesiąca, w grudniu do dnia 5-go według stanu na pierwszy dzień miesiąca.*

4. Liczba uczniów w podziale na poszczególne niepełnosprawności oraz uczniów, którym przyporządkowano dodatkowe wagi:

|  |  |
| --- | --- |
| Ogółem: | Liczba uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, o którym mowa w art. 127 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, wydanymi z uwagi na niepełnosprawność, w tym: |
|  | niewidomi, słabowidzący, niepełnosprawność ruchowa, w tym z afazją,  | niesłyszący, słabosłyszący, niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym lub znacznym, | z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem (w tym z zespołem Aspergera) w oddziałach ogólnodostępnych według godzin wsparcia: |
| do 2 godzin wsparcia | powyżej 2 godzin wsparcia do 5 godzin wsparcia | powyżej 5 godzin wsparcia do 10 godzin wsparcia | powyżej 10 godzin wsparcia |
| …………………… | …………………….. | …………… | ………………… | ………………….. | ………………. |

*Termin składania informacji do dnia 10- go każdego miesiąca, w grudniu do dnia 5-go według stanu na pierwszy dzień miesiąca.*

Oświadczam, że wszystkie podane dane są zgodne ze stanem faktycznym.

 …………………………………………………………………….

*(czytelny podpis i pieczątka osoby fizycznej lub osoby reprezentującej osobę prawną*

*prowadzącą szkołę)*

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starostwo Powiatowe w Ostrowi Mazowieckiej, przy ul. 3-go Maja 68, 07-300 Ostrów Mazowiecka. Może się Pani/Pan z nami skontaktować pod numerem telefonu 29 645 71 01 lub adresem e-mail: *starostwo**@powiatostrowmaz.pl,*
2. Może się Pani/Pan skontaktować z naszym Inspektorem danych osobowych pod numerem 22 3500140 bądź adresem e-mail: *starostwo**@powiatostrowmaz.pl*
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 6 ust. 1 lit. e, art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych oraz ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym w zakresie niezbędnym do wykonania zadań publicznych realizowanych w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych powyżej celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowych.
6. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione Organom Państwowym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom współpracującym z administratorem w zakresie obsługi administracyjnej, informatycznej oraz innym w celu realizacji zadań nałożonych na Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
7. Ma Pani/Pan prawo do:
	1. żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
	2. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych osobowych,
	3. przenoszenia swoich danych osobowych,
	4. wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie danych osobowych wynikających z przepisu prawa jest wymogiem ustawowym, koniecznym do wykonania obowiązków Administratora.
9. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

…………………………………………………………………….

*(czytelny podpis i pieczątka osoby fizycznej lub osoby reprezentującej osobę prawną prowadzącą szkołę)*