Gózd dnia, ………………………………………

**Rozliczenie miesięczne przewozu dziecka z niepełnosprawnością (przewóz codzienny)**

**Część 1. Wypełnia dowożący.**

Imię i nazwisko dowożącego rodzica/opiekuna prawnego:…………………………………………………………………..

Dokładny adres zamieszkania:……………………………………………………………………………………………………………….

W związku z umową numer…………………………….z dnia………………………………….o zwrot kosztów przewozu

córki/syna……………………………………………………………………………………………………………………………………………

składam rozliczenie za miesiąc i rok ………………………………………………………………...

Liczba dni w których dokonywany był dowóz …………………………………………………..

Kwota zwrotu: tj. dzienny koszt dowozu wskazany w umowie x liczba dni dowozu…………………………………..
Kwotę zwrotu proszę przekazać na rachunek bankowy o nr:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Gózd dnia, r.

 czytelny podpis dowożącego

**[i] wypełnia rodzic, prawny opiekun lub osoba sprawująca pieczę zastępczą (czyli dowożący).**

**Część 2.** **Potwierdzenie obecności ucznia w placówce szkoły / przedszkola\***

……………………………………………………………
 **pieczęć przedszkola, szkoły lub ośrodka**

Liczba dni obecności w przedszkolu, szkole lub ośrodku w ………………………………………..

 [proszę wpisać miesiąc i rok].

 ………………………………………………………………………………………………..
 Podpis i pieczęć dyrektora lub upoważnionego pracownika
 przedszkola, szkoły lub ośrodka

**[!] wypełnia dyrektor lub osoba upoważniona**

**\*niepotrzebne skreślić**

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisana/y …………………………………………………………………………………., legitymująca/y się dowodem osobistym nr………………………………………………, świadoma/y odpowiedzialności karnej za przedstawienie nieprawdziwych danych, oświadczam, **że podejmuję/nie podejmuję pracy zawodowej** *(niewłaściwe skreślić)***.** Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznego informowania Gminę Gózd o zmianach w powyższym zakresie.

Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania do placówki wynosi ……..……………km. tj.

Liczba km z domu do placówki: ……………………………………

Liczba km z placówki do pracy: ………………………………….
 **(dotyczy rodziców którzy pracują)**

Liczba km z pracy do placówki: …………………………………
 **(dotyczy rodziców którzy pracują)**

Liczba km z placówki do domu: …………………………………

**Część 3. Wypełnia upoważniony pracownik urzędu.**

Jednorazowy koszt przewozu, zgodnie z umową:……………………………………………..zł

Liczba dni zrealizowanych przewozów:……………………………………………………………….

Miesięczny koszt przewozu do wypłaty: ……………………………………………………………zł

słownie: ………………………………………………………………………………………………………………

Gózd, dnia……………………… ………………………………………………..

 Podpis pracownika