**OŚWIADCZENIE**

**dotyczące zwrotu kosztów zakupu biletu miesięcznego dziecka/ucznia i jego opiekuna uprawnionego do przejazdu środkami komunikacji publicznej**

…………………………………………………………

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/

osoby (podmiotu) sprawującego pieczę zastępczą nad dzieckiem)

…………………………………………………………

(adres zamieszkania)

…………………………………………………………

(nr telefonu)

Proszę o zwrot kosztów biletu miesięcznego/biletów jednorazowych zakupionego/zakupionych na miesiąc ……………………… 20 ….… r. dla:

1. ………………………..…………………… uczęszczającego do ………………………………………...........

(imię i nazwisko dziecka/ucznia, opiekuna) (nazwa placówki oświatowej do której uczęszcza dziecko/uczeń)

wartość zakupionego biletu/biletów wynosi: ……… zł.

1. ………………………..…………………… uczęszczającego do ………………………………………...........

(imię i nazwisko dziecka/ucznia, opiekuna) (nazwa placówki oświatowej do której uczęszcza dziecko/uczeń)

wartość zakupionego biletu/biletów wynosi: ……… zł.

1. ………………………..…………………… uczęszczającego do ………………………………………...........

(imię i nazwisko dziecka/ucznia, opiekuna) (nazwa placówki oświatowej do której uczęszcza dziecko/uczeń)

wartość zakupionego biletu/biletów wynosi: ……… zł.

1. ………………………..…………………… uczęszczającego do ………………………………………...........

(imię i nazwisko dziecka/ucznia, opiekuna) (nazwa placówki oświatowej do której uczęszcza dziecko/uczeń)

wartość zakupionego biletu/biletów wynosi: ……… zł.

Wartość zakupionego biletu/biletów dla dziecka/ucznia dzieci/uczniów wynosi: …………. zł

Wartość zakupionego biletu/biletów dla opiekuna wynosi: …………. zł

**Łączna wartość zakupionych biletów:** …………. zł

**Zwrotu kosztów proszę dokonać przelewem na mój rachunek bankowy nr:**

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

w banku ………………………………………………..…………………………………………

**Oświadczam, że:**

1. uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia   
   6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022r. poz. 1138 z późn. zm.) potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe;
2. ja i moje dziecko jesteśmy mieszkańcami Gminy Suwałki**\***;
3. przyjąłem/przyjęłam do wiadomości, że podane w oświadczeniu informacje będą kontrolowane;
4. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w oświadczeniu do celów organizacji dowozu dzieciom/uczniom i ich opiekunom do placówek oświatowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019r. poz.1781 z późn.zm.) oraz zgodnie z rozporządzeniem 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 RODO).

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby składającej oświadczenia)

**\***Zgodnie z art**. 26 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny** (Dz. U. z 2022r. poz. 1781 z późn.zm.)

§ 1. Miejscem zamieszkania dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską jest miejsce zamieszkania rodziców albo tego z rodziców, któremu wyłącznie przysługuje władza rodzicielska lub któremu zostało powierzone wykonywanie władzy rodzicielskiej.

§ 2. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje na równi obojgu rodzicom mającym osobne miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania dziecka jest u tego z rodziców, u którego dziecka stale przebywa. Jeżeli dziecko nie przebywa stale u żadnego z rodziców, jego miejsce zamieszkania określa sąd opiekuńczy.

**Klauzula informacyjna:**

Zgodnie z art. 13 i art. 14 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 RODO) informujemy   
o zasadach przetwarzania Pana/Pani danych osobowych oraz o przysługujących Panu/Pani prawach z tym związanych:

1. Administratorem danych osobowych jest:

Gminny Zespół Ekonomiczno-Administracyjny Szkół reprezentowany przez kierownika Ewelinę Wiśniewską

ul. Świerkowa 45, 16-400 Suwałki

tel. 87 565 93 59

e-mail: [ewisniewska@gzeas.suwalki.pl](mailto:ewisniewska@gzeas.suwalki.pl)

NIP: 8441017005, REGON: 790192714

1. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: tel. 87 565 93 55; e-mail: [iod@gmina.suwalki.pl](mailto:iod@gmina.suwalki.pl)
2. Dane są przetwarzane w celu procesu organizacji dowozu dzieci/uczniów do placówki oświatowej.
3. Dane osobowe będą udostępniane innym podmiotom na podstawie przepisów prawa.
4. Dane nie będą przekazywane do Państw trzecich.
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres przechowywania określony w Instrukcji Kancelaryjnej, Instrukcji   
   o organizacji i zakresie działania składnicy akt oraz Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt Gminnego Zespołu Ekonomiczno-Administracyjnego Szkół zatwierdzonego przez państwowe archiwum w Suwałkach.
6. Pana/Pani dane osobowe są przetwarzane na podstawie:
7. Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe;
8. Ustawy z dnia 11 stycznia 2017 r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo oświatowe;
9. Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym;
10. Jednocześnie posiada Pan/Pani możliwość dostępu i aktualizacji podanych danych.
11. Przysługuje Panu/Pani prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
12. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego UODO.
13. Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do zrealizowania celu.
14. W ramach realizowanego przetwarzania nie występuje profilowanie.

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby składającej oświadczenia)

**USTALENIE KWOTY ZWROTU KOSZTÓW ZAKUPU BILETU/BILETÓW:** (wypełnia pracownik GZEAS)

Wartość biletu miesięcznego do szkoły obwodowej dla dziecka/ucznia wynosi: ………. zł

Wartość biletu miesięcznego do szkoły obwodowej dla opiekuna wynosi: ………. zł

Należność zwrotu kosztów zakupionego biletu/biletów dziecka/ucznia dzieci/uczniów wynosi: ……. zł

Należność zwrotu kosztów zakupionego biletu/biletów dla opiekuna wynosi: ………. zł

**Łączna należność zwrotu kosztów zakupu biletu/biletów:** ……………zł

(słownie: ………………….…………..…...................................................................)

Suwałki, dnia: …………………..……… ….............................................................

(podpis pracownika merytorycznego)

**ZATWIERDZENIE KWOTY ZWROTU KOSZTÓW ZAKUPU BILETU/BILETÓW:** (wypełnia pracownik GZEAS)

**Zatwierdzam kwotę do wypłaty …………… zł**

(słownie: ………………….…………..…...................................................................)

Do wypłaty ze środków budżetowych dz. 801 rozdz. 80113§4300

Suwałki, dnia: …………………..……… …............................................................. ….............................................................

(podpis głównego księgowego GZEAS) (podpis kierownika GZEAS)