Załącznik Nr 4

do Zarządzenia Nr 89/2023

Burmistrza Miasta i Gminy

Nowa Sarzyna

z dnia 20 lipca 2023 r.

Nowa Sarzyna, dnia ……………………………..

……………………............................

 (nazwisko i imię rodzica/opiekuna/

 opiekuna prawnego)\*

……………………………………

 (adres)

**Rachunek**

**o zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego\*/dziecka/ucznia niepełnosprawnego i jego opiekuna\*** **środkami komunikacji publicznej/prywatnej\* lub samochodem prywatnym do przedszkola/oddziału przedszkolnego/szkoły/ośrodka\***

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

(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

w miesiącu ……………………. rok ……..…. z miejsca zamieszkania, tj. z miejscowości

……………………………………… do ………………………………………………………………………

(miejsce zamieszkania) (nazwa przedszkola, szkoły)

1. dojeżdżał środkami komunikacji przez ……. dni (słownie: ……………………………………….. dni) \*;
2. był dowożony samochodem prywatnym przez …….. dni (słownie: ……………………………..... dni) \*.

Należność wynikająca z\*:

1. zakupu biletów miesięcznych wynosi: …….. zł (słownie: ……………………………..............................);
2. kosztów dowozu samochodem prywatnym wynosi: …….. zł (słownie: ………………………………..).

Proszę o zwrot środków finansowych z tytułu realizacji dowozu w następującej formie\*:

1. przelew na rachunek bankowy:

 Nazwa banku ……………………………………………………………………………………………...

 Nr rachunku bankowego ……………………………………………………………...........................…,

1. gotówka wypłacana w kasie Centrum Usług Wspólnych w Nowej Sarzynie.

Załączniki:

* kopia/kopie\* biletu miesięcznego potwierdzona za zgodność z oryginałem.

\*niepotrzebne skreślić

 ……………………………………………………..

 (data i podpis rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego/)

**WYPEŁNIA OPIEKUN**

…………………………………………..

(pieczęć przedszkola/oddziału przedszkolnego/

szkoły/ośrodka)

**Poświadczenie przez przedszkole/oddział przedszkolny/szkołę/ośrodek\***

Zaświadcza się, że dziecko/uczeń\* …………………………………………………………….

 (imię i nazwisko dziecka/ucznia)

Uczęszczało/-ł ……..….. dni (słownie: …………………………………………………………………. dni) w miesiącu ………………..……… roku ….… do przedszkola/oddziału przedszkolnego/szkoły/ośrodka\*.

\*niepotrzebne skreślić

……………………………………………………..

(data, podpis i pieczęć dyrektora przedszkola

/oddziału przedszkolnego/szkoły/ośrodka

 lub osoby upoważnionej)

**WYPEŁNIA DYREKTOR PRZEDSZKOLA/SZKOŁY/OŚRODKA LUB OSOBA UPOWAŻNIONA**

**Rozliczenie dowozu samochodem prywatnym**

Dzienny koszt dowozu ………………. zł x liczba dni obecności w przedszkolu/oddziale przedszkolnym/szkole/ośrodku\* ………. dni =………………. zł

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

…………………………………………..

(data i podpis osoby odpowiedzialnej)

**Rozliczenie dowozu komunikacją publiczną lub prywatną z tytułu zakupu biletów miesięcznych**

Cena biletów miesięcznych ………………… zł x liczba dni obecności w przedszkolu/oddziale przedszkolnym/szkole/ośrodku\* …………. dni =………………. zł

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

…………………………………………..

(data i podpis osoby odpowiedzialnej)

\*niepotrzebne skreślić

**WYPEŁNIA PRACOWNIK CENTRUM USŁUG WSPÓLNYCH W NOWEJ SARZYNIE**