*Załącznik nr 2 – Or/03*

Zambrów, dn. ..........................................

..........................................................

*(imię i nazwisko rodzica)*

...........................................................

*(ulica, nr domu, nr mieszkania)*

...........................................................

*(kod, miejscowość)*

**Burmistrz**

**Miasta Zambrów**

**Podanie**

**o zwrot miesięcznych kosztów dowożenia dziecka niepełnosprawnego   
za miesiąc ………………………**

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów poniesionych w związku z dowożeniem mojego dziecka …………………………………………………………………………………………..

do ……………………………….. …………………………………………………………….

Do wniosku załączam zaświadczenie z dn. …………………………. potwierdzające liczbę dni obecności dziecka w szkole/ przedszkolu w miesiącu ………………………………………….

Ryczałt za dojazdy wynosi: …………..………... x ………..…………. zł = ….……………zł.

*(liczba dni dowozu)) (jednorazowy koszt dowozu) (wartość ryczałtu do wypłacenia)*

**Proszę o zwrot poniesionych kosztów dowożenia dziecka w łącznej kwocie**….……...… **zł   
(słownie zł:** ..................................................................................................................................**)**

.........................................................

*(podpis rodzica)*