*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)*