

WYPEŁNIA ORGAN

Data wpływu wniosku:

ON.7133.....2022**Wniosek o wydanie karty parkingowej dla placówki****WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**

1. Nazwa organu – Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nowej Soli

DANE PLACÓWKI ZAJMUJĄCEJ SIĘ OPIEKĄ, REHABILITACJĄ LUB EDUKACJĄ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH MAJĄCYCH ZNACZNIE OGRANICZONE MOŻLIWOŚCI SAMODZIELNEGO PORUSZANIA SIĘ

24. Nazwa

25. Numer KRS

26. Numer REGON

27. Numer rejestracyjny pojazdu placówki

28. Marka i model pojazdu placówki

ADRES SIEDZIBY

29. Miejscowość

30. Kod pocztowy

31. Poczta

32. Ulica

33. Nr domu/Nr lokalu

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

34. Imię

35. Nazwisko

36. Numer PESEL¹**ADRES DO KORESPONDENCJI**

37. Miejscowość

38. Kod pocztowy

39. Poczta

40. Ulica

41. Nr domu/Nr lokalu

DOKUMENT DOŁĄCZONY DO WNIOSKU42. Dowód uiszczenia opłaty za wydanie karty parkingowej i opłaty ewidencyjnej²**OŚWIADCZENIA**

43. Oświadczam, że:

1) posiadam upoważnienie do reprezentowania placówki uprawnionej do uzyskania karty parkingowej

2) placówka prowadzi działalność w zakresie opieki, rehabilitacji lub edukacji osób niepełnosprawnych mających znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się i jest uprawniona do uzyskania karty parkingowej

3) dane podane we wniosku są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym

44.

.....
(data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania placówki
albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu)

ODBIÓR KARTY

Potwierdzenie odbioru karty parkingowej

45. Kartę parkingową numer:/0403		otrzymałem/otrzymałam
46. Oświadczam, że:	47.	
posiadam upoważnienie do reprezentowania placówki uprawnionej do uzyskania karty parkingowej (data i podpis wnioskodawcy lub osoby przez niego upoważnionej albo rodzica, opiekuna lub kuratora albo osoby upoważnionej do reprezentowania placówki albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu)	

¹ W przypadku nieposiadania numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

² Termin wprowadzenia opłaty ewidencyjnej określi komunikat ministra właściwego ds. informatyzacji.

Opłatę w wysokości **21 zł** za wydanie karty parkingowej należy przelać na nr konta Powiatu Nowosolskiego: **45 1600 1462 1743 4451 7000 0004**

W tytule przelewu prosimy wpisać nazwę instytucji, dla której wydawana jest karta parkingowa.

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Administratorem Danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu wypełniania obowiązków prawnych ciążących na administratorze.

Pozostałe informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych i praw osób, których dane dotyczą dostępne są w Klauzuli informacyjnej dot. przetwarzania danych osobowych zamieszczonej na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Powiatu Nowosolskiego pod adresem: <https://bip.powiat-nowosolski.pl/procedury/12/wydzial/4/>