Załącznik

do Programu Osłonowego „TAXI SENIOR”

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, że:

- mieszkam na terenie gminy Ropczyce,

- spełniam warunki przystąpienia do Programu, tj. ukończyłam/em 70 rok życia lub jestem
w wieku 60-69 lat i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności ,

- zapoznałam/-em się z Programem Osłonowym „TAXI Senior”, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do ich przestrzegania,

- przyjmuję do wiadomości, że liczba przysługujących mi bezpłatnych kursów uzależniona jest od dostępnych limitów finansowych oraz, że jeden kurs oznacza podróż w 1 stronę,

- zapoznałam/-em się z Klauzulą informacyjną 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 (RODO) w związku z przystąpieniem do PROGRAMU TAXI SENIOR.

………………………………………….……

Data i czytelny podpis Seniora

**Potwierdzenie przewozu w ramach Programu „TAXI SENIOR”**

Nr wniosku…………………………………..

Wypełnia Kierowca

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko Seniora |  |
| Data urodzenia Seniora |  |
| Numer telefonu Seniora |  |
| Miejsce zamieszkania Seniora |  |
| Trasa przewozu (skąd, dokąd) |  |
| Data, godzina (wyjazd-przyjazd) |  |
| Liczba przejechanych kilometrów |  |
| Uwagi |  |

**POTWIERDZAM WYKONANIE USŁUGI PRZEWOZOWEJ**

………………………………………… …………………………………… Podpis kierowcy Podpis Seniora