

**Gépjármű használat igazolása**

**A támogatott szülője, gondviselője, valamint az intézmény tölti ki:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **A gyermek neve** | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Az intézmény megnevezése** |
| **Támogatott** | | | | |  |
| **Év:** |  | **Hó:** |  | |
| **1. Intézmény és a**  **lakhely távolsága (km):** | | | |  | **Az intézménylátogatási napok az intézmény naplójával megegyeznek:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Aláírás az intézmény részéről |
| **2. Igazolt intézménylátogatási napok száma:** | | | |  |

**A Polgármesteri Hivatal tölti ki:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Az intézmény és a lakhely távolsága oda-vissza, valamint az igazolt intézménylátogatási napok számának szorzata:** |  |
| **A támogatási összeg mértéke [(1. sor x 2) x 2. sor x 15 forint]:** |  |
| **A támogatást megalapozó határozat száma:** |  |
| **A támogatási időszak (-tól-ig):** |  |
| **Kérem a T. Költségvetési és Pénzügyi Irodát, hogy a támogatási összeg átutalásáról intézkedni szíveskedjen.**  **Solymár, 202\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**   |  |  | | --- | --- | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ügyintéző | | |

Alulírott, kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, kérem, hogy részemre a támogatás összegét az általam megadott bankszámlára átutalni / készpénzben kifizetni / lakcímemre kifizetni szíveskedjenek.

Solymár, 202\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A szülő, gondviselő aláírása |