

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DZIECKA/UCZNIA

.....
(Telefon kontaktowy do rodziców/opiekunów prawnych)

**PORADNIA
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA
76-200 Słupsk, ul. Narutowicza 9
tel. 59 – 8456020**

**WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI**

.....ur. W

(imię i nazwisko dziecka)

(data urodzenia)

(miejsce urodzenia)

zamieszkały(a)

(miejsce zamieszkania dziecka z kodem pocztowym)

syn/córka*

(imię nazwisko matki/opiekunki prawnej)* (imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego)*

zamieszkałych

(miejsce zamieszkania rodziców/opiekunów prawnych)

uczeń/uczennica szkoły klasy

uzasadnienie.....

(podać przyczynę, dla której wnioskuję Pani/Pan o przeprowadzenie badań)

.....
Czy dziecko było badane? ewentualnie nr opinii (orzeczenia)

.....
Zobowiązuję się do stawienia się z dzieckiem na badanie w poradni, w ustalonym terminie.

**Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na badanie w uzgodnionym terminie,
bez wcześniejszego powiadomienia o tym poradni, wniosek nie będzie zrealizowany.**

.....
podpis wnioskodawcy (czytelne imię i nazwisko)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Niniejszym oświadczam, że:

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/ WE (4.5.2016L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) i wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (DZ.U.2018.1000) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych dziecka i rodziców oraz danych osobowych pozostałych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku, w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w zakresie działalności na rzecz dzieci, a w szczególności w zakresie tej formy jej działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko, którego jestem reprezentantem ustawowym.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/lem poinformowany o tym, że:

1. Administratorem danych osobowych Pana/Pani oraz danych osobowych pozostałych członków Pana/Pani rodziny i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Słupsku, 76-200 Słupsk, ul. Narutowicza 9, tel. 598456020, e-mail: ppp.slupsk1@poczta.onet.pl
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku możliwy jest pod numerem tel. 598456020.
3. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Słupsku zbiera i przetwarza dane osobowe, na podstawie art. 6 ust.1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w przedmiocie działalności na rzecz dzieci, określonych w Ustawie – Prawo oświatowe z dn. 14 grudnia 2016r., Ustawie o systemie oświaty z dnia 7 września 1991r. i przepisach wydanych na ich podstawie.
4. Dane osobowe przechowywane będą przez okresy zakreślone w Jednolitym Rzecзовym Wykazie Akt w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku, zatwierdzonym przez Państwowe Archiwum w Słupsku.
5. Ma Pan(i) prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Rodzicom/ uczniom/ słuchaczom przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
7. Posiadanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Słupsku jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego j/w.

.....
czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna lub pełnoletniego ucznia.

<p style="text-align: center;">ADNOTACJE PORADNI</p> <p>Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)</p> <p>Dniao godzinie.....</p> <p>powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)</p> <p>..... czytelny podpis osoby powiadamiającej</p>	<p style="text-align: center;">ADNOTACJE PORADNI</p> <p>Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)</p> <p>Dniao godzinie.....</p> <p>powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)</p> <p>..... czytelny podpis osoby powiadamiającej</p>
<p style="text-align: center;">ADNOTACJE PORADNI</p> <p>Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)</p> <p>Dniao godzinie.....</p> <p>powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)</p> <p>..... czytelny podpis osoby powiadamiającej</p>	<p style="text-align: center;">ADNOTACJE PORADNI</p> <p>Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)</p> <p>Dniao godzinie.....</p> <p>powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)</p> <p>..... czytelny podpis osoby powiadamiającej</p>

adnotacja osoby diagnozującej:

uczeń nie zgłosił się na diagnozę w dniu.....czytelny podpis.....

adnotacja osoby diagnozującej:

uczeń nie zgłosił się na diagnozę w dniu.....czytelny podpis.....

adnotacja osoby diagnozującej:

uczeń nie zgłosił się na diagnozę w dniu.....czytelny podpis.....

adnotacja osoby diagnozującej:

uczeń nie zgłosił się na diagnozę w dniu.....czytelny podpis.....