**Formularz zgłoszeniowy - badanie przesiewowe procesu widzenia**

**(uczniowie klas III)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formularz prosimy przesłać mailem **(skan**): [r.pazdio@ppp.slupsk.pl](mailto:r.pazdio@ppp.slupsk.pl) (w tytule e-maila należy wpisać **Badania przesiewowe widzenia**) | | | | | | | |
| **Data zgłoszenia:** | | | | |  | | **Osoba zgłaszająca:** |
|  | | | | |  | |  |
| **DANE PLACÓWKI OŚWIATOWEJ:**  **Nazwa placówki:** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Adres:** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Kod pocztowy:** |  | **Miejscowość:** | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| **e-mail:** | | | |  | | **telefon:** | |
|  | | | |  | |  | |
| **Osoba do kontaktu: telefon:** | | | | | | | |
| **Liczba uczniów klas III w placówce**:  **Uwagi/pytania:**  Oświadczam, że:   1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu dla potrzeb przeprowadzenia rekrutacji.   Miejscowość, data: | | | | | | | |
|  | | |  | ........................................................................................................................................ | | | |
| (podpis zgłaszającego oraz pieczęć firmowa) | | | | | | | |

**PROSZĘ O ZAPOZNANIE SIĘ Z OŚWIADCZENIEM - ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH.**

**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/łem 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: [sekretariat@ppp.slupsk.pl](mailto:sekretariat@ppp.slupsk.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 Rzeczowym Wykazie Akt w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsk, 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 osoby zgłaszającej