

# SAT

Słupsk, dnia.....

*Poradnia  
Psychologiczno-Pedagogiczna  
w Słupsku  
ul. Narutowicza 9*

PESEL DZIECKA/UCZNIĄ 

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

TELEFON KONTAKTOWY DO WNIOSKODAWCY : .....

## WNIOSEK

rodziców (opiekunów prawnych / pełnoletniego ucznia) o przeprowadzenie badań/konsultacji\*  
- słuchu obwodowego\*  
- centralnego przetwarzania słuchowego\*  
w Poradni Psychologiczno–Pedagogicznej.

Proszę o przeprowadzenie badań diagnostycznych.

.....ur. .... W .....

(imię i nazwisko dziecka)

(data urodzenia)

(miejsce urodzenia)

zamieszkałemu.....  
miejsce zamieszkania dziecka

uczniowi szkoły.....  
nazwa, adres i numer szkoły

klasy.....

**Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na badanie w uzgodnionym terminie bez wcześniejszego powiadomienia poradni (osobiście lub telefonicznie 0598456020) wniosek pozostanie nierozpatrzony.**

W przypadku, gdy uczeń jest pełnoletni wniosek podpisuje sam uczeń.....  
(podpis ucznia)

Imię i nazwisko ojca (opiekuna prawnego).....podpis.....

Imię i nazwisko matki (opiekunki prawnej).....podpis.....

**PROSZĘ O ZAPOZNANIE SIĘ Z OŚWIADCZENIEM NA OSTATNIEJ STRONIE WNIOSKU**

\* Właściwe podkreślić

## 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: [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 rodzica/ prawnego opiekuna lub pełnoletniego ucznia.

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