……
(miejscowość, data)

…….....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

…….....

…….....
(adres zamieszkania)

…….....
(telefon kontaktowy)

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
w Dąbrowie Białostockiej

WNIOSEK
O PRZEPROWADZENIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH:
(PSYCHOLOGICZNYCH; PEDAGOGICZNYCH;
LOGOPEDYCZNYCH; ZAWODOZNAWCZYCH)*

1. Imię i nazwisko: ……...
(mojego dziecka, podopiecznego, pełnoletniego ucznia)*
2. PESEL: | | | | | | | | | | | |
3. Data i miejsce urodzenia: ……
4. Miejsce zamieszkania: ……
5. Nazwa i adres przedszkola, szkoły lub placówki:
……...……
……...……
6. Klasa, oddział, grupa wychowawcza: ……..
7. Uzasadnienie złożenia wniosku:
……...……
……...……

✓ W celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych, wychowawczych dziecka albo pełnoletniego ucznia poradnia może zwrócić się do dyrektora odpowiednio przedszkola, szkoły lub placówki, do której dziecko lub pełnoletni uczeń uczęszcza, o wydanie opinii nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów.

Wyrażam zgodę na:

– przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Dąbrowie Białostockiej ul. 1000-lecia PP 24a, 16-200 Dąbrowa Białostocka, w celu realizacji zadań diagnostyczno-terapeutyczno-doradczych.
Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 679/2016 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informuję, że Administratorem danych osobowych wskazanych we wniosku jest Poradnia

Psychologiczno-Pedagogiczna w Dąbrowie Białostockiej. Administrator informuje, że dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości korzystania z usług Poradni. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych 679/2016 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

- **kontakt w sprawie dziecka/pełnoletniego ucznia ze szkołą/przedszkolem: TAK / NIE ***

Przyjmuję do wiadomości, że za bezpieczeństwo dzieci zgłaszanych na badania do Poradni odpowiadają rodzice/opiekunowie prawni. W sytuacji, gdy dziecko zgłasza się do Poradni bez rodziców/prawnych opiekunów, Poradnia nie ponosi odpowiedzialności za jego bezpieczeństwo w drodze do Poradni oraz do domu (po badaniu).

..…….
(podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)

* właściwe podkreślić/zaznaczyć