

Imię i nazwisko wnioskodawcy

Miejscowość, data

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Telefon kontaktowy

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
ul. Zacisze 1, 67-400 Wschowa

WNIOSEK O WYDANIE OPINII- INFORMACJI *

Dotyczący:

(imię/imiona i nazwisko dziecka)

(data i miejsce urodzenia)

PESEL: _____

(miejsce zamieszkania dziecka)

(nazwa i adres przedszkola lub szkoły, klasa)

***Uzasadnienie (dotyczy jedynie informacji)**

Wyrażam/nie wyrażam* zgodę/y na przekazanie ustnej informacji o wynikach badań szkole (w razie potrzeby) lub przesłanie na prośbę rodziców kopii opinii do placówki.

Przyjmuję do wiadomości, że wydanie opinii/informacji wiąże się z przetwarzaniem danych osobowych mojego dziecka oraz, że Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna we Wschowie, jako Administrator Danych Osobowych ww. osób, przetwarza te dane osobowe (w tym i dane osobowe rodziców/opiekunów prawnych) na podstawie przepisów prawa, tj. (zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. RODO (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119.)

Oświadczam również, że zostałem(am) poinformowany(a) o przysługującym mi prawie wglądu do danych oraz prawie do ich poprawiania i uzupełniania.

Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna we Wschowie zobowiązuje się nie przekazywać w/w danych podmiotom trzecim, za wyjątkiem osób i instytucji uprawnionych do tego na mocy przepisów prawa.

.....
Podpis wnioskodawcy
- w imieniu obojga rodziców
- pełnoletniego wnioskodawcy
- opiekuna prawnego

*
n
i
e
p
o
t
r