

Wniosek o wydanie informacji o wynikach diagnozy przeprowadzonej w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Miejscu Piastowym

Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia:

Numer PESEL dziecka/ucznia:

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

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Nazwa przedszkola/szkoły/ośrodka:

Oddział przedszkolny/klasa:

Adres przedszkola/szkoły/ośrodka:

Imię i nazwisko matki/prawnego opiekuna:*

Imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna:*

.....

.....

Adres zamieszkania:

Adres zamieszkania:

.....

.....

Telefon kontaktowy:

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L.2016.119.1) i wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie zgłoszonych przeze mnie danych osobowych, przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Miejscu Piastowym, w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonania obowiązków tej placówki, związanych z udzieleniem pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

.....

podpis rodzica/prawnego opiekuna/osoby sprawującej pieczę zastępczą nad dzieckiem/ppełnoletniego ucznia*

Oświadczam, że jestem:*

- ☐ rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/ucznem;
- ☐ prawnym opiekunem dziecka/ucznia;
- ☐ osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem/ucznem.

.....

czytelny podpis

Odbiór informacji*: ☐ osobisty ☐ pocztą

Wnoszę o przekazanie kopii informacji do w/w przedszkola/szkoły/ośrodka.

.....

podpis rodzica/prawnego opiekuna/osoby sprawującej pieczę zastępczą nad dzieckiem/ppełnoletniego ucznia*

Załączam:

.....

*** właściwe zaznaczyć**