

Piła, dn. ....

.....  
(imiona i nazwiska rodziców /prawnych opiekunów/)

.....  
(adres zamieszkania – ulica, nr domu, nr lokalu )

.....  
(miejscowość, kod pocztowy, poczta)

.....  
(telefon, podaję/nie podaję e-mail - do kontaktów)

**Do Dyrektora  
Zespołu Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Pile  
Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna w Wyrzysku**

**WNIOSEK**

Proszę o wydanie informacji o wynikach diagnozy przeprowadzonej w poradni.

Dane dotyczące dziecka/ pełnoletniego ucznia:

Nazwisko (należy wypełnić drukowanymi literami): .....

Pierwsze imię: ..... Drugie imię: .....

Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia: .....  
(dzień –miesiąc –rok)

PESEL 

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

  
(w przypadku braku numeru PESEL należy podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Adres zamieszkania: .....  
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....  
(miejscowość, kod pocztowy, poczta)

Pełna nazwa przedszkola/szkoły: .....

Adres przedszkola/szkoły: .....  
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....  
(miejscowość, kod pocztowy, poczta)

Klasa/oznaczenie oddziału: .....

**OŚWIADCZENIA:**

Zgodnie z wymogami art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. **wyrażam\*\* dobrowolnie zgodę na zbieranie, modyfikowanie i przetwarzanie** przez Zespół Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Pile danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do rejestracji i realizacji procesów diagnostyczno – terapeutyczno - konsultacyjno – orzecznich osoby zgłaszanej do Poradni oraz wydania przez poradnię dokumentów, o które wnioskuję/ będę wnioskować, a także na wykorzystywanie ich do kontaktu ze mną w celach informacyjnych dot. ww. procesów. Jednocześnie potwierdzam, że zapoznano mnie z Klauzulą Informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych obowiązującą w Poradni.

**Oświadczam, iż jestem – właściwie zaznaczyć znakiem „X” w okienku\*:**

- rodzicem/rodzicami
- opiekunem prawnym,
- osobą pełnoletnią,
- inne.....(proszę opisać)

.....  
.....  
(podpisy obojga rodziców /prawnych opiekunów/osoby pełnoletniej w/w dziecka)

\* Właściwie zaznaczyć znakiem „X”

\*\* Złożone zgody obowiązują do odwołania. W celu ich odwołania należy złożyć pisemne oświadczenie woli.