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 Specjalistyczna Wad Mowy i Słuchu w Pile

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 – orzeczniczych 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 – właściwe zaznaczyć znakiem **„X”** w okienku*:

☐ rodzicem/rodzicami

☐ opiekunem prawnym,

☐ osobą pełnoletnią,

☐ inne.....(proszę opisać)

……

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

* Właściwe zaznaczyć **znakiem „X”**
** Złożone zgody obowiązują do odwołania. W celu ich odwołania należy złożyć pisemne oświadczenie woli.