

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(imiona i nazwiska wnioskodawców – rodziców lub prawnych opiekunów)

.....  
(data, miejsce urodzenia i Pesel dziecka)

.....  
(adres zamieszkania dziecka)

.....  
(przedszkole / szkoła, oznaczenie klasy)

**Wniosek o:**

1. konsultację psychologiczną/badanie psychologiczne/terapię psychologiczną/badanie pedagogiczne/terapię pedagogiczną/badanie logopedyczne/terapię logopedyczną (*podkreślić właściwe*).
2. Zgłaszany problem, objawy, niepojące zachowania.....  
.....
3. Oczekiwania Wnioskodawcy (czego spodziewa się po wizycie w poradni.....  
.....
4. Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na wymianę informacji poradni ze szkołą/ przedszkolem (*podkreślić właściwe*).
5. Po badaniu proszę o informację ustną/ wydanie opinii dla.....(*podkreślić właściwe*).
6. Opinię odbiorę osobiście w sekretariacie poradni miesiąc po badaniu.
7. Wyrażam zgodę na pobranie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka. Dane osobowe przekazane PPP przetwarzane będą w celu wykonania diagnozy i będą archiwizowane przez 25 lat od daty ostatniej wizyty w Poradni. Mam świadomość, że podanie danych osobowych jest dobrowolne ale niepodanie lub cofnięcie zgody na ich wykorzystanie uniemożliwi wykonanie badania/podjęcie terapii. Jako opiekun prawny dziecka, którego dane dotyczą, mam prawo dostępu do ich treści oraz składania wniosku do PPP o ich poprawienie. (Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r., nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami).
8. Diagnosta jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszystkich informacji pochodzących z wywiadu i terapii, a także samego faktu korzystania przez pacjenta z usług PPP wobec osób trzecich, np. rodziny, szkoły, osób postronnych. Wyjątkiem jest sytuacja zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta albo sytuacji określone prawem. Współpracując z innymi specjalistami leczącymi pacjenta (np. psychiatrą, neurologiem) Pracownik PPP w Dobczycach udostępnia im informacje na wniosek opiekuna prawnego pacjenta.
9. Oświadczam, że wniosek składam i podpisuję w imieniu obojga rodziców/prawnych opiekunów
10. Jeśli nie, proszę podać powody.....

Data

.....

Podpis rodzica/opiekuna

.....

