

.....
(imię i nazwisko dziecka)

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

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

.....
(dane kontaktowe: adres, telefon)

.....
(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, niepojęce zachowania.....
.....
.....
3. Motywy i 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 szkoły, lekarza, sądu, innej instytucji).....*(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 usługi, o którą wnioskuję i będą archiwizowane przez 25 lat od daty ostatniej wizyty w Poradni. Mam prawo dostępu do ich treści, składania wniosku do PPP o ich poprawienie oraz wniesienia skargi, w sytuacji gdy ich przetwarzanie narusza przepisy RODO. (*Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014r., poz. 1182 z późniejszymi zmianami oraz Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27. 04. 2016r.*).
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. Wyjątkiem jest sytuacja zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta oraz sytuacje określone prawem.

Data

Podpis rodzica/opiekuna prawnego