

.....
(imię i nazwisko dziecka)

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

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

.....
(adres, telefon kontaktowy)

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

Wniosek o: konsultację psychologiczną / badanie psychologiczne / terapię psychologiczną / badanie pedagogiczne / terapię pedagogiczną / badanie logopedyczne / terapię logopedyczną *(podkreślić właściwe)*

1. Zgłaszany problem, objawy, niepojęce zachowania.....
.....
.....
2. Oczekiwania Wnioskodawcy (czego spodziewa się po wizycie w poradni)
.....
.....
3. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na wymianę informacji poradni ze: szkołą / przedszkolem *(podkreślić właściwe)*.
4. Po badaniu proszę o informację ustną / wydanie opinii dla szkoły / lekarza / sądu / innej instytucji*(podkreślić właściwe)*.
5. Opinię odbiorę osobiście w sekretariacie poradni miesiąc po badaniu
6. 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. (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE 4.5.2016).

Data

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....

.....