....................................................................................................................................................................

(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. Powód zgłoszenia , zgłaszany problem, objawy, niepojące zachowania

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Oczekiwania Wnioskodawcy (czego spodziewa się po wizycie w poradni) ………..…………………………………………………………………………………................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na wymianę informacji poradni ze: szkołą / przedszkolem (*podkreślić właściwe).*
3. Po badaniu proszę o informację ustną / wydanie opinii dla szkoły / lekarza / sądu / innej instytucji ………………………………………………………………………………*(podkreślić właściwe).*
4. Opinię odbiorę osobiście w sekretariacie poradni miesiąc po badaniu

Data Podpis rodzica/opiekuna prawnego

……………………... ……………………………………………

Uwagi/adnotacje specjalisty

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych
z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Dobczycach, ul. Szkolna 20B, 32-410 Dobczyce, telefon (12) 271-16-13 adres – email: pppdobczyce@gmail.com.

Został powołany inspektor danych osobowych i ma Pani/Pan prawo kontaktu z nim za pomocą adresu e-mail iodcuw@dobczyce.pl.

Dane osobowe przekazane Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Dobczycach przetwarzane będą w celu wykonania diagnozy/ badania/ konsultacji lub prowadzenia terapii zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym.

Odbiorcą danych osobowych mogą być podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, którym administrator zleca wykonanie czynności, z którymi wiąże się konieczność przetwarzania danych (podmioty przetwarzające).

Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, a po tym czasie przez okres wymagany obowiązującymi przepisami prawa.

W związku z przetwarzaniem danych przysługują osobie, które dane dotyczą następujące prawa:

prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dziecka dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do wykonania diagnozy/ badania/ konsultacji lub prowadzenia terapii.

Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą podlegać profilowaniu.

…………………………………

(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)