

_____, dnia _____

WNIOSEK
rodziców o podjęcie czynności diagnostyczno-terapeutycznych

*Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej
z dnia 1 lutego 2013r. (Dz. U. z dnia 13.02.2013r. poz. 199)*

1. Imię i nazwisko dziecka _____
2. Data i miejsce urodzenia dziecka _____
3. PESEL dziecka _____
4. Miejsce zamieszkania dziecka _____
5. Szkoła /adres/, klasa _____
6. Imiona rodziców/prawnych opiekunów/ * _____
7. Miejsce zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów/* _____
_____ tel. _____
8. Uzasadnienie wniosku/zgłaszany problem _____

9. Załączniki: wyniki ewentualnych badań lekarskich, psychologicznych, pedagogicznych, opinia ze szkoły itp.
10. Oświadczam, że drugi rodzic został poinformowany i wyraża zgodę na objęcie dziecka właściwymi ze względu na zgłoszony problem czynnościami diagnostyczno-terapeutycznymi.
11. Oświadczam, że zostałam/łem poinformowany o zasadach przetwarzania przekazanych w niniejszym wniosku danych osobowych, w tym z opracowaną klauzulą informacyjną oraz przepisami ujętymi w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. – RODO.

/podpis wnioskodawcy/

*niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA
dotycząca zasad przetwarzania danych osobowych
w ramach realizacji wniosku rodziców
o wykonanie badań diagnostycznych i wydanie opinii
w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Opcznie

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia 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 uchylenia dyrektywy 95/46/ WE (4.5.2016L 119/38 *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL*) i wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (DZ.U.2018.1000)

informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych Pana/Pani oraz danych osobowych pozostałych członków Pana/Pani rodziny i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Opcznie, z siedzibą ul. Armii Krajowej 2, 26-300 Opczno, reprezentowana przez Dyrektora.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Opcznie możliwy jest pod numerem tel. +48 600 246 497 oraz adresem e-mail: januszwypianski@abi24.eu.
3. Podstawą zbierania i przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust.1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w przedmiocie działalności na rzecz dzieci, określonych w Ustawie – Prawo oświatowe z dn. 14 grudnia 2016r., Ustawie o systemie oświaty z dnia 7 września 1991r. i przepisach wydanych na ich podstawie.
4. Dane osobowe przechowywane będą przez okres wymagany przepisami prawa.
5. Ma Pan(i) prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Rodzicom/ uczniom/ słuchaczom przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
7. Posiadanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Opcznie jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego j/w.
8. Złożenie wniosku o wykonanie badań diagnostycznych i wydanie opinii jest równoznaczne z **wyrażeniem zgody** na przetwarzanie danych osobowych dziecka i rodziców oraz danych osobowych pozostałych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Opcznie, w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w zakresie działalności na rzecz dzieci, a w szczególności w zakresie tej formy jej działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko, którego jestem reprezentantem ustawowym.

WNIOSEK
o wydanie w formie pisemnej*:

- opinii po badaniach
- zaświadczenia
- informacji o wynikach diagnozy

Proszę o przygotowanie kopii dokumentu do przedszkola, szkoły, placówki TAK/NIE*.

*właściwe podkreślić

1. Oryginał dokumentu rodzic odbiera osobiście w sekretariacie poradni/fili za okazaniem dowodu tożsamości lub osoba upoważniona pisemnie przez rodzica/opiekuna prawnego.
2. Oświadczam, że drugi rodzic został poinformowany i wyraża zgodę na wydanie powyższego dokumentu (powyższych dokumentów).

/data/

podpis wnioskodawcy wyrażającego zgodę na powyższe/

Wnioskodawca w dniu.....odebrał dokument osobiście dla siebie/do szkoły.

/podpis wnioskodawcy/
