



Data wpływu

## **WNIOSEK**

### **o przeprowadzenie badań diagnostycznych**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data urodzenia dziecka: ..... Miejsce urodzenia dziecka: .....

Miejsce zamieszkania dziecka: .....

Nazwa i adres szkoły/przedszkola/placówki: .....

..... klasa/wiek.....

Imię i nazwisko matki (opiekunki prawnej): .....

Imię i nazwisko ojca (opiekuna prawnego): .....

Adres ich zamieszkania: .....

.....

☎ tel. matki: ..... ☎ tel. ojca: .....

Czy dziecko korzystało z pomocy w tutejszej Poradni: TAK / NIE, kiedy? (nr opinii).....

Powód aktualnego zgłoszenia: .....

.....

.....

.....

.....

Stan zdrowia dziecka (wada wzroku, słuchu, schorzenia neurologiczne, choroby przewlekłe, inne)

.....

*Proszę dołączyć do wniosku dokumenty, które mogą mieć istotny wpływ w procesie diagnostycznym dziecka.*

**Wyrażam zgodę na kontaktowanie się pracownika Poradni z placówką, do której uczęszcza moje dziecko, w sprawie której dotyczy wniosek TAK / NIE (podkreśl właściwą odpowiedź)**

**Oświadczam, że drugi rodzic/opiekun prawny wyraża zgodę na przeprowadzenie diagnozy.**

Nowy Dwór Gd., dnia.....

.....  
(Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)

**Odwróć stronę !**

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Nowym Dworze Gdańskim**  
**ul. 3-go Maja 6, 82-100 Nowy Dwór Gd.**

**Niniejszym oświadczam, że:**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) i wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych dziecka i rodziców oraz danych osobowych pozostałych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym przez uprawnionych pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowym Dworze Gdańskim, 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.

**Jednocześnie oświadczam, że zostałam (-em) poinformowana (-y) o tym, że:**

- 1) Administratorem danych osobowych Pana/Pani, dziecka oraz danych osobowych pozostałych członków Pana/Pani rodziny i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Nowym Dworze Gdańskim, 82-100 Nowy Dwór Gdański, ul. 3-go Maja 6, tel. 55 247 22 82, e-mail: [poradnia@nowydworgdanski.pl](mailto:poradnia@nowydworgdanski.pl)
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowym Dworze Gdańskim możliwy jest pod adresem e-mail: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl)
- 3) Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Nowym Dworze Gdańskim zbiera i przetwarza dane osobowe, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych - RODO 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 2016 r., Ustawie o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. i przepisach wydanych na ich podstawie.
- 4) Dane osobowe przechowywane będą przez okresy zakreślone w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowym Dworze Gdańskim, zatwierdzonym przez Archiwum Państwowe w Malborku.
- 5) Ma Pan/Pani prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo ich sprostowania (poprawiania) usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
- 6) Rodzicom/opiekunom prawnym/uczniom przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
- 7) Posiadanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Nowym Dworze Gdańskim jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego.
- 8) Pomoc na terenie Poradni może być udzielona za zgodą obojga rodziców/opiekunów prawnych.
- 9) Poradnia posiada *Standardy ochrony małoletnich* zamieszczone na stronie internetowej Poradni oraz dostępne na terenie placówki, z którymi należy się zapoznać.

.....  
(Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/ppełnoletniego ucznia)

Data wpływu

## WNIOSEK

### o przeprowadzenie badań diagnostycznych

Imię i nazwisko dziecka: .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL DZIECKA

Data i miejsce urodzenia dziecka: .....

Miejsce zamieszkania: .....

Nazwa i adres szkoły/przedszkola (placówki): .....

..... klasa/wiek.....

Imię i nazwisko Matki (opiekunki prawnej): .....

Imię i nazwisko Ojca (opiekuna prawnego): .....

Adres ich zamieszkania: .....

☎ tel. Matki: ..... ☎ tel. Ojca: .....

Czy dziecko korzystało z pomocy w tutejszej Poradni: TAK NIE, kiedy? (numer opinii).....

Powód aktualnego zgłoszenia: .....

Stan zdrowia dziecka (wada wzroku, słuchu, schorzenia neurologiczne, choroby przewlekłe, inne..)

*Proszę dołączyć do wniosku dokumenty, które mogą mieć istotny wpływ w procesie diagnostycznym dziecka.*

*Wyrażam zgodę na kontaktowanie się diagnosty (pracownika Poradni) z placówką, do której uczęszcza moje dziecko, w sprawie której dotyczy wniosek (podkreśl właściwe) TAK NIE*

Nowy Dwór Gd., dnia.....

.....  
(Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)

Odwróć stronę !