

Dane wnioskodawcy (rodzica / prawnego opiekuna dziecka/ pełnoletniego ucznia)

Imię i nazwisko: _____

Adres : _____

Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/ uczniem, prawnym opiekunem dziecka/ ucznia lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem/ uczniem.

.....

Oświadczam, że jestem pełnoletnim uczniem

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka zgromadzonych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Oleśnicy dla celów wynikających z zadań określonych rozporządzeniem MEN z 01.02.2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 199) oraz ustawy z dn. 28.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 1997 nr 133, poz. 883).

Czytelny podpis wnioskodawcy:.....

Klauzula Informacyjna

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Oleśnicy, 56-400 Oleśnica; ul. Wojska Polskiego 67-69. Będą one przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z przepisów Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2017r., poz. 59 z póź. zm.) oraz rozporządzeń wydanych przez MEN do ww. Ustawy Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do tego na podstawie przepisów prawa Posiada Pani/Pana prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania i przenoszenia.

Czytelny podpis wnioskodawcy:.....

WYPEŁNIA PORADNIA

| | |
|------------------------|--|
| Nr karty indywidualnej | |
|------------------------|--|

Data przekazania zgłoszenia i nazwisko osoby, która je przyjęła:.....

Data kontaktu z wnioskodawcą:.....

Wyznaczony termin konsultacji:.....

Uwagi dotyczące konsultacji i zalecenia dotyczące dalszych działań:

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

Podpis prowadzącego sprawę:.....