

Kamień Pomorski, dn.

**PORADNIA
PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA
W KAMENIU POMORSKIM
UL. WOLIŃSKA 7B**

WNIOSEK

Proszę o przeprowadzenie badania: psychologicznego, pedagogicznego, logopedycznego*
z powodu

Mojego dziecka:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

W przypadku braku numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego
tożsamość, datę i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Imiona rodziców lub opiekunów

Szkoła klasa

Nazwisko wychowawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wcześniej wykonywane **było – nie było*** badanie w innej poradni psychologiczno –
pedagogicznej lub poradni specjalistycznej. Rok badania i nazwa poradni

* właściwe podkreślić

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna z siedzibą przy ul. Wolińskiej 7B, 72-400 Kamień Pomorski reprezentowaną przez Dyrektora,
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Kamieniu Pomorskim pod adresem: kancelariaseniuk@gmail.com;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 rozporządzenia (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do momentu żądania ich usunięcia;
- 5) Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody oraz prawo do przenoszenia danych;
- 6) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Urzędu Ochrony Danych Osobowych, 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2;
- 7) Podanie danych osobowych jest dobrowolne.

.....
(podpis rodzica)