Załącznik nr 6a do Procedury postępowania diagnostycznego i terapii w PPP w Lubinie

Lubin, dnia .....

…….
/imię i nazwisko wnioskodawcy/
…….
/adres zamieszkania wnioskodawcy/
……

…….
/telefon, email/

WNIOSEK

O WYDANIE INFORMACJI O UDZIALE W TERAPII ……..
/podać rodzaj terapii/
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubinie

syna/córki …… ur. …… w ……
/imię i nazwisko dziecka/ /data urodzenia/ /miejsce urodzenia/

zamieszkałego ……
/adres zamieszkania dziecka/

ucznia przedszkola, szkoły ……
/nazwa i adres przedszkola/szkoły, klasa/grupa) (PESEL dziecka)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na przetwarzanie danych osobowych, o których mowa w art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) tzw. RODO, w celu przeprowadzenia badań w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubinie oraz wydania opinii/informacji zgodnie ze wskazaniem we wniosku.

……
/podpis wnioskodawcy/