

Lubin, dnia

.....
/imię i nazwisko wnioskodawcy/

.....
/adres zamieszkania wnioskodawcy/
.....

.....
/telefon, email/

WNIOSEK O PROWADZENIE ZAJĘĆ WWR/TERAPII W TRYBIE ZDALNYM w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubinie

Proszę o umożliwienie uczestniczenia w zajęciach WWR/terapii w trybie zdalnym przez mojego

syna/córkę ur.
/imię i nazwisko dziecka/ /data urodzenia/

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 związku z prowadzeniem zajęć z dzieckiem/ucniem w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubinie oraz wydaniem opinii/informacji na wniosek rodzica/ opiekuna prawnego lub pełnoletniego ucznia.

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
* właściwe podkreślić