

Lubin, dnia

.....
/imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
/adres zamieszkania/

.....
/telefon, e-mail/

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY
PSYCHOLOGICZNEJ DLA NAUCZYCIELA
(konsultacji)
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubinie**

.....
/nazwa miejsca pracy: przedszkola/szkoły/placówki

.....
/adres miejsca pracy/

Nauczyciel jest wychowawcą klasy/grupy:

Specjalność nauczyciela (nauczany przedmiot)

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.

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
* *właściwie podkreślić*