

Zielona Góra, dnia.....

.....
imiona i nazwisko rodziców/ opiekunów
prawnych/ pełnoletniego ucznia*

.....
adres zamieszkania rodziców/ pełnoletniego ucznia*

.....
telefon kontaktowy

.....
adres e-mail (drukowanymi)

**ZGŁOSZENIE DZIECKA/PEŁNOLETNIEGO UCZNIA
NA BADANIA DIAGNOSTYCZNE**

w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej
w Zielonej Górze

Proszę o przeprowadzenie badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych, preferencji
zawodowych* mojego dziecka/ pełnoletniego ucznia*

.....
imię i nazwisko dziecka/ pełnoletniego ucznia*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

ur. w.....

ucznia / uczennicy klasy*.....

szkoły / przedszkola* Nr.....

z powodu:

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

Dziecko/ uczeń był badany w tutejszej poradni: tak nie*

.....

Jeśli tak, to w którym roku

Wyrażam zgodę na kontakt w sprawie dziecka/ ucznia z przedszkolem/ szkołą: TAK / NIE *

***Niepotrzebne skreślić**

Obowiązek informacyjny:

Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Zielonej Górze przy ul. Drzewnej 13, 66-060 Zielona Góra, tel.: 68-324 16 95/ 68-324 75 17, adres e-mail: sekretariat@ppp.zgora.pl Podane w *zgłoszeniu/wniosku* dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań diagnostyczno-terapeutyczno-doradczych. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 pkt c) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (zwanego dalej ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych - RODO) oraz Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych. Administrator informuje, że dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, mogą być one udostępnione jedynie w sytuacji, gdy zwróci się o to uprawniony na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa organ w ramach prowadzonego przez siebie postępowania (np. policja, prokuratura, sąd). Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości korzystania z usług Poradni. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego-Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: tel. 880 100 339, email: inspektor-ng@cuw.zielona-gora.pl. Należy pamiętać, iż powyższe dane kontaktowe służą wyłącznie do kontaktu w sprawach związanych bezpośrednio z przetwarzaniem danych osobowych. Inspektor ochrony danych nie posiada i nie udziela informacji dotyczących pozostałej działalności Poradni.

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna
prawnego/pełnoletniego ucznia*

Załączniki:

1. Opinia szkolna
2. Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka/pełnoletniego ucznia

Wypełnia pracownik poradni

Skierowano na badania do:.....

Przeprowadzono badania:

Psychologiczne (dnia)..... pedagogiczne (dnia).....

Logopedyczne (dnia).....preferencji zawodowych (dnia).....

Porady bez badań, konsultacja (dnia)

*Niepotrzebne skreślić