

**Powiatowa Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna
w Kłobucku**

Proszę o wykonanie badania:*

psychologicznego

pedagogicznego

logopedycznego

dziecka

imię i nazwisko

ur.

Kłobuck, dn.....

Podpis rodzica, opiekuna prawnego

Oświadczam, iż ojciec/matka dziecka jest poinformowany/ana* o podjętych wobec dziecka działaniach (nie jest poinformowany z powodu: pozbawienie praw rodzicielskich, śmierć rodzica , brak wiedzy o miejscu pobytu **).

Data.....

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka przez Powiatową Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną w Kłobucku w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych, w szczególności w celach diagnostyczno-terapeutyczno-doradczych"zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r., poz. 1000) oraz Rozporządzeniem 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(ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Podanie danych osobowych jest dobrowolne lecz ich nie podanie skutkuje odmową udzielenia wsparcia.

Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kłobucku znajduje się pod adresem www.ppppklobuck.pl w zakładce "ochrona danych osobowych"

Kłobuck, dn.....

.....
podpis rodzica lub opiekuna prawnego

* - proszę postawić znak X przy wybranej opcji

** - właściwe podkreślić