

.....  
imię i nazwisko wnioskodawcy

Legionowo, dn. ....

.....  
telefon kontaktowy

**Poradnia  
Psychologiczno-Pedagogiczna  
w Legionowie**

**WNIOSEK**

**o przeprowadzenie badań diagnostycznych**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....

Nr PESEL .....

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

Nazwa i adres szkoły .....

Oddział/Klasa .....

**Zgłoszony problem** .....

.....

.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka oraz moich, jako rodzica / opiekuna prawnego, przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Legionowie, w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101 poz. 926 ze zm.). Ponadto, oświadczam, że zostałem / zostałam poinformowany / poinformowana, iż:

1. administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna, ul. Jagiellońska 2, Legionowo,
2. osoba, której dane dotyczą, ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania,
3. osoba, której dane dotyczą, ma prawo do kontroli przetwarzania danych osobowych zawartych w zbiorach danych zgodnie z art. 32 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych,
4. obowiązek podania ww. danych wynika z rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013r. poz. 199).

.....  
podpis wnioskodawcy

