Busko-Zdrój, dn. ………………..

**WNIOSEK**

**O PRZEPROWADZENIE BADAŃ**

**Ja niżej podpisana/y** ……………………………………………………………..

 *(imię i nazwisko Wnioskodawcy)*

w związku ze zgłoszeniem mojego dziecka do Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej
w Busku-Zdroju **oświadczam, że w sprawie mojego dziecka:**

…………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko dziecka)*

1. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2026/679 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, **wyrażam** **zgodę /nie wyrażam\* zgody**, na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Busku-Zdroju, w celu niezbędnym do realizacji zadań statutowych Poradni.
2. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam\*** zgody na kontakt za pomocą środków telekomunikacyjnych oraz poprzez komunikację elektroniczną.
3. **Oświadczam**, że przyjmuje do wiadomości, iż:
* Administratorem moich danych osobowych jest Dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Busku-Zdroju.
* Dane osobowe będą przetwarzane tylko i wyłącznie w celu niezbędnym do uzyskania pomocy w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Busku-Zdroju.
* Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa podania ich uniemożliwi skorzystanie z usług PPP w Busku-Zdroju.
* Dane osobowe w formie papierowej będą przechowywane zgodnie z oznaczeniem kategorii archiwalnej przez 10 lat, po upływie tego czasu zostaną one zniszczone.
* Można uzyskać dostęp do swoich danych osobowych, poprawiać je oraz zażądać zaprzestania ich przetwarzania, z tym, że wycofanie udzielonej zgody nie będzie miało wpływu, zgodnie z prawem, na przetwarzanie uprzednio pozyskanych danych.

Kontakt z osobą odpowiedzialną za nadzór nad przetwarzaniem danych osobowych znajduje się na stronie internetowej Poradni.

**\* *niepotrzebne skreślić***

*Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem ujemnych skutków wynikających z obowiązujących przepisów prawa.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………*(data)* |  ………………………………*(podpis* ***matki****/opiekuna prawnego)* | ……………………………………*(podpis* ***ojca****/opiekuna prawnego)*……………………………………*(podpis* ***pełnoletniego ucznia****)* |

Oświadczam, iż:

1. Jestem jedynym prawnym opiekunem mojego dziecka ***TAK / NIE***\*\*
2. Drugi rodzic/ opiekun prawny został poinformowany i zgadza się na badania, terapię dziecka zgłaszanego do Poradni ***TAK / NIE***\*\*

*Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem ujemnych skutków wynikających z obowiązujących przepisów prawa.*

……………………………… …………………………………

*(data) (podpis* ***rodzica/****opiekuna prawnego)*

\*\****zaznaczyć właściwe***

***Dane dziecka/ucznia:***

………………………………… ……………………… ……………………

 *(imię i nazwisko badanego) (PESEL) (data i miejsce urodzenia)*

……………………………………………………………………………………………………………………….

*(adres zamieszkania dziecka/ucznia)*

…………………………………......................................………………………………………

*(imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów)*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………….*

 *(adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów)*

…………………………. ……………………… ………………………...

 *(adres email) ( numer telefonu* ***matki****/opiekuna) ( numer telefonu* ***ojca****/opiekuna)*

Placówka oświatowa

………………………………….. …………………………………. ……………

 *(placówka oświatowa) (adres) (grupa/klasa)*

**Cel zgłoszenia do PPP w Busku-Zdroju:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………*(podpis* ***matki****/opiekuna prawnego)* |  ………………………………*(podpis* ***ojca****/opiekuna prawnego)* | ……………………………………*(podpis* ***pełnoletniego ucznia****)* |

Czytelny podpis osoby przyjmującej Oświadczenie*:…………………………………………….*