|  |  |
| --- | --- |
| *Wpłynęło dn. ……………………..*  *L. Dz. PPP15…………………….* | …………………………………………….  Tel. kontakt. do rodziców/opiekunów prawnych  **Poradnia**  **Psychologiczno-Pedagogiczna nr 15**  **Warszawa ul. Dzieci Warszawy 42**  **Tel. 22 886 73 28** |

WNIOSEK O WYDANIE **INFORMACJI**

W SPRAWIE WYNIKÓW BADANIA

…………………………………………ur…………………………w……………………………

imię i nazwisko dziecka/ /data urodzenia/ /miejsce urodzenia/

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL dziecka :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

zamieszkałego/łej……………………………………………………………………………………………………………

/miejsce zamieszkania dziecka z kodem pocztowym/

Ucznia/uczennicy szkoły/przedszkola……………………………klasa………………….

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

/ pełna nazwa i adres szkoły/

Uzasadnienie wniosku:

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

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

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do przeprowadzenia badań i sporządzenia opinii.

2. Ustawa z dn. 15 kwietnia 2011r. o systemie informacji oświatowej /Dz.U.Nr 139 poz. 814 z późniejszymi zmianami/

Na podstawie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. informuję, iż:

* administratorem danych osobowych jest Dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 15, 02-495 Warszawa,  
  ul. Dzieci Warszawy 42.
* kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych w PP-P nr15 - dbfos.iod.oswiata@um.warszawa.pl
* dane osobowe będą przetwarzane w celu wydania informacji o wynikach badań.
* dane osobowe będą przechowywane przez okres 25 lat.
* posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści danych osobowych dziecka oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania , którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
* ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.
* Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania a konsekwencją nie podania danych osobowych będzie odmowa wydania informacji o wynikach badań dziecka.
* Dane osobowe pacjentów nie są udzielane osobom trzecim, z wyjątkiem przypadków uzasadnionych przepisami prawa.

Oświadczam, że wniosek składam i podpisuję w imieniu obojga rodziców/prawnych opiekunów.

data ……………………… ……………………….……………….. ………………………………………..  
 / czytelne imię i nazwisko/ / podpis/