

Wpłynęło dn.

L. Dz. PPP15.....

.....
Tel. kontakt. do rodziców/opiekunów prawnych

.....
e-mail

Poradnia
Psychologiczno-Pedagogiczna nr 15
Warszawa ul. Dzieci Warszawy 42
Tel. 22 886 73 28
e-mail: sekretariat@poradnia15.pl

WNIOSEK
O PRZEPROWADZENIE BADAŃ

Proszę o przeprowadzenie badania **przetwarzania słuchowego APD**

mojego dziecka:

.....ur.....w.....
/imię i nazwisko dziecka/ /data urodzenia/ /miejsce urodzenia/

PESEL dziecka :

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

zamieszkałego/łej.....
/miejsce zamieszkania dziecka i rodziców, z kodem pocztowym/

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

UWAGA! Wskazane jest dołączenie do wniosku opinii nauczyciela o uczniu.

Do wniosku o badanie ucznia z trudnościami w nauce czytania i pisania należy dołączyć co najmniej dwa sprawdziany ortograficzne ucznia. Na badania do Poradni należy zabrać zeszyty z języka polskiego lub z innych przedmiotów /w miarę możliwości od najwcześniejszych okresów nauki szkolnej/.

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

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 przeprowadzenia 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 przeprowadzenia badań.
- 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:

.....
/imię i nazwisko matki/opiekunki prawnej/

.....
/imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego/

Data..... **podpis**