

Warszawa, dnia

.....
Imię i nazwisko matki / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia *, adres zamieszkania

.....
Imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego*, adres zamieszkania

Tel. kontaktowy matki.....

Tel. kontaktowy ojca.....

Adres e-mail matki.....

Adres e-mail ojca.....

**Wyrażam zgodę na badania psychologiczne / pedagogiczne / logopedyczne /
w zakresie doradztwa zawodowego / terapię / psychoterapię ***

Imię dziecka / ucznia

Nazwisko

P E S E L
dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia : miejsce urodzenia

Adres zamieszkania: miejscowość / ulica dziecka / ucznia

.....
Przedszkole / szkoła Nr, grupa / klasa

Adres przedszkola / szkoły

Ja niżej podpisany / a wyrażam zgodę na zbieranie i przechowywanie danych osobowych / wrażliwych mojego dziecka / moich * przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną Nr 9 w Warszawie z siedzibą przy ul. Radomskiej 13/21 zgodnie z celami statutowymi Poradni. Oświadczam, że zostałem/a poinformowany / a o dobrowolności podania tych danych, oraz w zakresie wynikającym z przepisów prawa, przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo cofnięcia udzielonej zgody w dowolnym momencie, o prawie do ich wglądu oraz do ich poprawiania zgodnie z Ustawą z dnia 29.09.1997 r. o ochronie danych osobowych. Dz. U. 2016, poz. 922. i ROZPORZĄDZENIE 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. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego UODO, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

.....
Podpis matki / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia *

.....
Podpis ojca / opiekuna prawnego *

.....
Nazwisko psychologa / doradcy zawodowego / terapeuty / logopedy / psychoterapeuty *

*niepotrzebne skreślić

