

.....
Szczecin, dn.

(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna/osoby pełnoletniej)

.....
(telefon kontaktowy)

WNIOSEK O BADANIE

w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 3 w Szczecinie

.....
(imię i nazwisko badanego)

..... / / / / / / / / / / / / / / / /
(data i miejsce urodzenia badanego)

PESEL

.....
(szkoła, klasa)

.....
(adres zamieszkania badanego)

Prosimy o określenie powodu zgłoszenia do Poradni:.....

.....
.....

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych , którego administratorem jest Publiczna Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna Nr 3, w celu wnioskowanych działań oraz zastrzegam prawo do dostępu danych osobowych, wnoszenia uzasadnionego sprzeciwu wobec ich przetwarzania z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej wycofaniem

Publiczna Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna Nr 3 zobowiązuje się nie przekazywać w/w danych podmiotom trzecim, za wyjątkiem osób i instytucji uprawnionych do tego na mocy przepisów prawa.

.....
podpis rodzica/osoby pełnoletniej

