

.....  
Szczecin, dn. ....

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

.....  
(telefon kontaktowy)

### WNIOSEK O WYDANIE INFORMACJI

.....  
(imię i nazwisko badanego)

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

Pesel

.....  
(szkoła, klasa)

.....  
(adres zamieszkania badanego)

#### Wnoszę o wydanie pisemnej informacji:

- odbiorę osobiście w uzgodnionym terminie

.....  
(podpis rodzica/osoby pełnoletniej)

- Wyrażam/ nie wyrażam\* zgody na przekazanie informacji na temat dziecka szkole.

.....  
(podpis rodzica/ osoby pełnoletniej)

### 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)

\* właściwe zaznaczyć