……………….............................

*(miejscowość, data)*

………………………………………………

*/imię i nazwisko wnioskodawcy/\**

*………………………………………………*

*numery telefonów kontaktowych wnioskodawcy*

**Wniosek o przeprowadzenie badań diagnostycznych / konsultacji specjalistycznych**

**dla osoby pełnoletniej**

Zwracam się z prośbą o przeprowadzenie badań/konsultacji specjalistycznych w zakresie:

1. psychologiczno-pedagogicznych
2. psychologicznych
3. pedagogicznych
4. logopedycznych
5. integracji sensorycznej
6. przetwarzania słuchowego
7. inne……………………………………………………………………………………………..………………

**dla:**

1. Imię i nazwisko ……………………………………………………….............................................................
2. Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………..…….………………….……
3. PESEL …………………………………………………………………………..................................................
4. Miejsce zamieszkania ………………………………………………………………..……………………….…
5. Nazwa i adres szkoły ………………………………………………………….…………………… kl. ………..

**Powód zgłoszenia:**……………………………………………………………………………………………………

**Informuję, że** nie korzystałem/am z usług poradni / korzystałem/am z usług poradni ⃰ (jakiej?)………………  
w roku……….

Składając niniejszy wniosek wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań/konsultacji.

*\*/ właściwe podkreślić*

……………………………………………………

*(podpis wnioskodawcy)*

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. mam możliwość dołączenia do wniosku dotychczasowej dokumentacji psychologiczno-pedagogicznej, innych dokumentów mogących mieć znaczenie w procesie diagnozy tj. wyniki z obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych i lekarskich, opinia nauczyciela, zeszyty i inne wytwory szkolne;
2. jestem zobowiązany(a) zgłosić się w ustalonym terminie, a w przypadku, gdy z jakichś przyczyn nie jest możliwe przybycie do Poradni zgodnie z harmonogramem ustalonych wizyt, powiadomić o zmianie telefonicznie co najmniej z jednodniowym wyprzedzeniem;

……………………………………………………

*(podpis wnioskodawcy)*

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na udostępnienie wyników badań diagnostycznych szkole/placówce oświatowej lub innej instytucji w zależności od zaistniałej potrzeby.

Wrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na kontakt specjalisty z poradni z moimi rodzicami/prawnymi opiekunami w sprawie dotyczącej moich badań / konsultacji w zależności od zaistniałej potrzeby.

……………………………………………………

\**właściwe podkreślić  (podpis wnioskodawcy)*

**Informacja administratora danych:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia 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 (dalej Rozporządzenie) Dz. Urz. UEL nr 119/1:

* + - 1. Administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczną nr 22 z siedzibą w Warszawie przy ul. Malowniczej 31;
      2. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust 2 lit. g Rozporządzenia w związku z przepisami prawa oświatowego w celu wydania opinii;
      3. Dane osobowe będą udostępnianie odbiorcom upoważnionym tylko na podstawie i w granicach przepisów prawa;
      4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres przeprowadzania procesu diagnostycznego oraz przechowywane w poradni w formie elektronicznej i dokumentacji tradycyjnej tj. w indywidualnej teczce pacjenta, przez okres określony w instrukcji kancelaryjnej, zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt;
      5. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści podanych danych osobowych oraz ich sprostowania zgodnie z art. 15-17 Rozporządzenia.
      6. Osobie podającej dane osobowe przysługuje prawo wniesienia skargi do: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
      7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niepodjęcie działań przez poradnię w zakresie przeprowadzenia badań diagnostycznych i wydania stosownych dokumentów*.*

Pełna informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest w siedzibie poradni.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją:

*…………………………………………….*

*(podpis wnioskodawcy)*