……………….............................

 *(miejscowość, data)*

………………………………………………

*/imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/\**

*………………………………………………*

 *numery telefonów kontaktowych*

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

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………………………………………………………………………………………………………

**mojego dziecka:**

1. Imię i nazwisko dziecka/ucznia ……………………………………………………….......................................
2. Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………..…….……………………….
3. PESEL dziecka…………………………………………………………………………......................................
4. Miejsce zamieszkania dziecka/ucznia ……………………………………………………………………….
5. Nazwa i adres szkoły, oznaczenie klasy ………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………kl. ………………………..

1. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych ……………………………………………………………
2. Miejsce zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów ………………………………………………………

…………………………………………...……………………………………….……............................................

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

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

Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/prawnym opiekunem /osobą sprawującą pieczę zastępczą nad dzieckiem.⃰ Nie są mi znane okoliczności, dla których inni opiekunowie prawni dziecka mogliby wnieść zastrzeżenia w przedmiotowej sprawie.

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 dziecka, innych dokumentów mogących mieć znaczenie w procesie diagnozy tj. wyniki z obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych i lekarskich, opinia nauczyciela na temat dziecka, zeszyty i inne wytwory szkolne;
2. jestem zobowiązany(a) zgłosić się z dzieckiem 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;
3. za bezpieczeństwo dzieci zgłaszanych do Poradni odpowiadają rodzice/opiekunowie prawni. W sytuacji, gdy dziecko zgłasza się do Poradni bez rodziców/opiekunów prawnych, Poradnia nie ponosi odpowiedzialności za jego bezpieczeństwo w drodze do Poradni oraz do domu po zakończonych badaniach. Powrót do domu bez opieki rodziców/opiekunów prawnych jest możliwy za pisemną zgodą rodziców/opiekunów prawnych.

……………………………………………………

 *(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)*

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

…………………………………………………

\**właściwe podkreślić  (podpis wnioskodawcy)*