

Wypełnia pracownik poradni

Numer wniosku .....

Data wpłynięcia wniosku .....

Warszawa, dn. ....

**Dane wnioskodawcy:** (rodzic/ opiekun prawny/ pełnoletni uczeń)

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Numer telefonu

**WNIOSEK O WYDANIE INFORMACJI  
O WYNIKACH DIAGNOZY PRZEPROWADZONEJ W PORADNI**

Wnoszę o wydanie informacji o wynikach diagnozy:

psychologicznej/ logopedycznej/ pedagogicznej/ integracji sensorycznej/  
przetwarzania słuchowego (*proszę podkreślić właściwą*)

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL .....

Nazwa i adres przedszkola/ szkoły .....

Klasa/ oddział .....

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem/ prawnym opiekunem dziecka lub ucznia/ osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem (*proszę podkreślić właściwą*).

Przyjmuję do wiadomości, że przekazane dane osobowe będą wykorzystywane wyłącznie w celach: dopełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa związanych ze świadczeniem pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz archiwalnych. Administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 24 reprezentowana przez Dyrektora Poradni. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wynikających z przepisów prawa celów archiwizacji.

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do dostępu do treści podanych danych osobowych i ich poprawiania za pośrednictwem Poradni. Mam świadomość, że niepodanie danych będzie skutkowało brakiem możliwości świadczenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej i że mam prawo wniesienia skargi dotyczącej przetwarzania danych osobowych do organu nadzorczego.

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)