

Wypełnia pracownik poradni

Numer wniosku

Data wpłynięcia wniosku

Warszawa, dn.

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

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer telefonu

WNIOSEK O ZAŚWIADCZENIE

Wnoszę o wydanie zaświadczenia dla:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

Nazwa i adres przedszkola/ szkoły

Klasa/ oddział

Cel wydania zaświadczenia:

.....
.....

.....
(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)