.............................................................................................. .............................................

Imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów Miejscowość, data

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

adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów

............................................................................................

nr telefonu

**ZGŁOSZENIE NA BADANIE/TERAPIĘ/ZAJĘCIA GRUPOWE**

**W PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W RABCE-ZDROJU**

**Proszę o przebadanie dziecka:**

* imię i nazwisko: .............................................................**PESEL.**...........................................
* data urodzenia: .......................................... miejsce urodzenia:..............................................
* imiona rodziców: ....................................................................................................................
* miejsce zamieszkania: ............................................................................................................
* uczeń/uczennica szkoły: ..................................................................................klasy........…...
* czy dziecko było wcześniej badane psychologicznie?........................................................…

( jeśli tak, to gdzie i kiedy )..................................................................................................…

**Z powodu** (krótki opis trudności dziecka) ...................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**W celu** (oczekiwania rodziców, np. konsultacja, przeprowadzenie badania psychologiczno-pedagogicznego, objęcie terapią, wyjaśnienie przyczyn trudności dziecka, uzyskanie wskazówek do pracy z dzieckiem w domu, w szkole, inne…)

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

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

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*) pracownikom Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rabce-Zdroju na konsultowanie spraw mojego dziecka z uczącymi je nauczycielami, specjalistami (psycholog, pedagog, logopeda szkolny), dyrektorami szkół, przedszkoli, asystentami rodziny, pracownikami GOPS, MOPS i PCPR, kuratorami sadowymi.

\*) niewłaściwe skreślić

........................................................

podpis rodziców/prawnych opiekunów

Dokumentacja dołączona do zgłoszenia

1/ .............................................................

2/.............................................................

3/.............................................................

**Informacja dotycząca ochrony danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Poradni Psychologiczno – Pedagogiczna z siedzibą w Rabce - Zdroju przy ul.Słowackiego 2 . Można się z nami kontaktować poprzez numer telefonu **18 2677604** lub adres email **ppprabka@nowotarski.pl***.*
2. Można skontaktować z naszym inspektorem danych osobowych pod 18 2677604 bądź adresem e-mail: [iod@nowotarski.org.pl](mailto:iod@nowotarski.org.pl)
3. Dane osobowe przetwarzane będą w związku z realizacją celów diagnostycznych, dydaktycznych, terapeutycznych, orzecznictwa wynikających z nałożonych obowiązków prawnych na administratora danych oraz w celach archiwizacyjnych zgodnie z przepisami prawa w tym zakresie.
4. Dane osobowe przetwarzane będą w zakresie wymogów:

- Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59,949 i 2203 oraz 2018 r. poz. 650).

1. Dane osobowe mogą zostac udostępnione Organom Państwowym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom współpracującym z administratorem w zakresie obsługi administracyjnej, informatycznej lub innej niezbędnej do realizacji zadań nałożonych na Administratora.
2. Przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania przez nas zadań wynikających z przepisów prawa.
3. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.
4. Dane osobowe będą przez nas przechowywane zgodnie z postanowieniami Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. 2011 nr 14 poz. 67).
5. Ma Pani/Pan prawo do:
   1. żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
   2. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
   3. przenoszenia swoich danych osobowych,
   4. cofnięcia zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w dowolnym momencie,
   5. wniesienia skargi do organu nadzorczego.
6. W przypadku realizacji przez administratora zadań ustawowych podanie danych osobowych jest obligatoryjne. W pozostałych przypadkach podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości korzystania z usług Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej.
7. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną z siedzibą w Rabce – Zdroju, ul. Słowackiego 2   
  w celach diagnostycznych, dydaktycznych, terapeutycznych, orzecznictwa wynikających   
  z nałożonych obowiązków prawnych na administratora danych oraz w celach archiwizacyjnych zgodnie z przepisami prawa w tym zakresie.
* Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
* Znam treść klauzuli informacyjnej, w tym celu i sposobu przetwarzania danych osobowych oraz prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania oraz możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie.

…………………………… …………………………………

(miejscowość, data ) ( podpis wnioskodawcy)