



Siedlce, dnia

Dyrektor
Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej
w

WNIOSEK O PRZEKAZANIE DOKUMENTACJI

Wnioskuje o przekazanie pełnej dokumentacji badań mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data urodzenia)

.....
(szkoła)

.....
(adres zamieszkania)

Do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych powyżej danych w celu świadczenia usług w zakresie edukacji oraz realizacji zadań poradni, **zgodnie z art. 4 pkt 11 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) (Dz. Urz. UE 2016: L.119/1)**

.....
(czytelny podpis)