

.....
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)
lub pełnoletniego ucznia

.....
(Miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres do korespondencji - jeżeli jest inny niż zamieszkania)

.....
(adres poczty elektronicznej i numer telefonu wnioskodawcy, jeżeli takie posiada)

ZGODA NA BADANIE ON LINE

Wyrażam zgodę / nie wyrażam¹ zgody na badanie przeprowadzone przez pracownika PPP7 :

..... w kierunku diagnozy² :

- Pedagogicznej
- Psychologicznej
- Związanej z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej
- Logopedycznej
- Integracji sensorycznej
- Wydania Orzeczenia/Opinii WWRD

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia.....

PESEL.....

Data urodzenia..... miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Przedszkole/Szkoła nr..... grupa/ klasa.....

Adres szkoły.....

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie danych osobowych/wrażliwych moich i mojego dziecka dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 7 w Warszawie z siedzibą przy ul. Narbutta 65/71 w celu badania. Miejszem badania jest Poradnia lub szkoła/placówka dziecka. Oświadczam że, zostałem/am poinformowany/a o dobrowolności podania tych danych, o prawie wglądu w nie oraz do ich poprawiania, usunięcia i okresie przetwarzania. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, na podstawie 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 (art. 6 ust. 1 lit. A, art. 9 ust. 2 lit. A). Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną znajdującą się na stronie internetowej poradni oraz w jej głównym korytarzu.

.....
Podpis ucznia od 13 do 18 roku życia

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia

Oświadczam, że zgodę wyrażam i podpisuję w imieniu obojga rodziców/opiekunów prawnych - jeżeli nie, proszę podać **powody**

Zabrania się nagrywania i rejestrowania rozmów psychologa/pedagoga/logopedów/terapeutów z klientem Poradni zarówno przez klienta jak i pracownika Poradni.

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia

¹ Niepotrzebne skreślić

² Odpowiednie zaznaczyć