**……………………………………………………………….. ………………………………………………………**

**( Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów) (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**



Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na **badanie przeprowadzone przez :**

**………………………………………………………………………………………………….. w kierunku diagnozy :**

* **Prowadzonej przez zespół orzekający kształcenie specjalne/nauczanie indywidualne/opinia o wczesnym wspomaganiu**

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. 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 Ustawy o Ochronie danych Osobowych z dnia 10 Maja 2018r. oraz 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 RODO. Oświadczam że zapoznałam/łem się z klauzulą informacyjną znajdującą się na stronie internetowej poradni /w głównym korytarzu.

Oświadczam, że wniosek składam i podpisuję w imieniu obojga rodziców/opiekunów prawnych – jeżeli nie proszę podać powody:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………… …………………………………………………………………

Podpis ucznia od 13 do 18 lat Podpis rodzica/opiekuna prawnego/ pełnoletniego ucznia

Informuję Pana/Panią że wyniki przeprowadzonych w Poradni obserwacji i badań przewodniczący zespołu dołączy do wniosku.

Informuję Pana/Panią że w celu uzyskania informacji o sytuacji dydaktycznej i wychowawczej dziecka lub ucznia, przewodniczący zespołu zwróci się do właściwego dyrektora z prośbą o wydanie opinii przez nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów, prowadzących zajęcia z dzieckiem.

**…………………………………………………..**

Podpis rodzica/opiekuna prawnego/ pełnoletniego ucznia