



Data zgłoszenia

Wniosek

o badanie procesów integracji sensorycznej dziecka
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łosicach

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Szkoła/przedszkole:

Klasa lub grupa:

Adres zamieszkania:

Tel. do rodziców/opiekunów/:

Rozpoznanie medyczne (diagnoza: ADHD, autyzm lub inne), jeśli jest postawione:
.....

Data i miejsce poprzedniej diagnozy (jeżeli się odbyła):

Czy dziecko aktualnie uczęszcza na terapię SI? Jeżeli tak proszę podać nazwę placówki:
.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

Jednocześnie oświadczam, że:

- Jestem osobą sprawującą władzę rodzicielską nad dzieckiem jako: matka / ojciec / opiekun prawny lub osoba (podmiot) sprawujący pieczę zastępczą nad dzieckiem **
- Dziecko było / nie było badane**
- Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody ** na udostępnienie wyników badań szkole / przedszkolu lub innym instytucjom, o ile zaistnieje taka potrzeba, zgodnie z interesem dziecka.
- Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody** na zasięgnięcie opinii o dziecku w jego szkole / przedszkolu.
- Zgłaszam dziecko na badania za zgodą drugiego rodzica.

- Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka zawartych we wniosku w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych mojego dziecka, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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)
- Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na przetwarzanie danych osobowych szczególnej kategorii mojego dziecka zawartych dla celów związanych z przeprowadzeniem badań diagnostycznych mojego dziecka, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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)

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wycofania zgody w każdym czasie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia na adres korespondencyjny lub adres e-mail Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łosicach, co nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych dokonanych przed cofnięciem zgody.

**niepotrzebne skreślić

Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych dziecka

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych:

1. Administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Łosicach reprezentowana przez dyrektora, ul. J. Piłsudskiego 6, 08- 200 Łosice.
2. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie Pani/Pana zgody (art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO) w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łosicach.
3. Odbiorcą danych osobowych będą osoby zatrudnione w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łosicach.
4. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia badań diagnostycznych dziecka.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych dziecka