



WNIOSEK O OBJĘCIE TERAPIĄ

Lubaczów, dnia

Wnioskodawcy (rodzice, opiekunowie prawni):

Imiona i nazwiska

Miejsce zamieszkania

.....

.....

Telefon

Dane dziecka

Imię i nazwisko

PESEL _____

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

Nazwa i adres szkoły

.....

.....

Klasa

Wnioskuje o objęcie syna / córki terapią* (proszę o podanie rodzaju terapii)

.....

Uzasadnienie

.....

.....

.....

1. Czy dziecko jest objęte wczesnym wspomaganie rozwoju? tak nie
2. Czy dziecko/uczeń jest objęty/y kształcenie specjalnym? tak nie
3. Czy dziecko/uczeń korzysta z pomocy psychologiczno-pedagogicznej w innych miejscach?
 tak nie

Jeśli tak proszę wymienić rodzaj zajęć specjalistycznych, w których uczestniczy dziecko/uczeń oraz wymiar godzin:

.....

.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubaczowie.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - adres mailowy: justyna@ciechanowski.net.pl, listownie na adres: ul. Mickiewicza 45, 37-600 Lubaczów, kontakt osobisty w siedzibie: ul. Mickiewicza 45, 37-600 Lubaczów.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 c) RODO), wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 e) RODO), realizacji zawartych umów (art. 6 ust.1 b) RODO).
4. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub podmioty świadczące usługi na rzecz administratora na podstawie umowy powierzenia.
5. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres wskazany przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną, jednolitym rzeczowym wykazem akt oraz instrukcją archiwalną oraz w oparciu o uzasadniony interes realizowany przez administratora.
6. Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, niepodanie danych w zakresie wymaganym przez administratora będzie skutkować niezrealizowaniem Pani/Pana wniosku.
9. Pani/pana dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu).
10. Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcy w Państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

.....
(data i podpis)

WYPEŁNIAJĄ PRACOWNICY Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubaczowie

Imię i nazwisko pracownika Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej odpowiedzialnego za realizację wniosku:

Kontakt z wnioskodawcą (data):

Uzgodnienie:.....

.....

.....

.....