Просимо заповнити документ латинськими літерами

Варшава, ……..
дата

……
ім’я та прізвище особи, яка подає заяву

……..
поштовий індекс, адреса проживання

……..
номер телефону

……..

Заява
до Психологічно-педагогічного центру №3
про проведення психологічно-педагогічного обстеження дитини

для ……..……, ……,
ім’я та прізвище дитини дата народження

……., № PESEL……..,
місце народження якщо дитина не має № PESEL, то серія і номер посвідчувального документу

…….
адреса проживання

……

……
імена та прізвища батьків / законних опікунів

Я заявляю, що я з’являюся законним опікуном дитини або учня, або особою (суб'єктом), що здійснює прийомну опіку над дитиною або учнем (недоцільно будь ласка, викресліть). Я заявляю, що мені невідомі обставини, за якими інші законні опікуни дитини могли б внести заперечення в розглядання справи.

Я визнаю, що надані персональні дані будуть використовуватися тільки в цілях виконання обов'язків, що випливають з положень Закону, пов'язаних з наданням психологічно-педагогічної допомоги і в архівних цілях. Адміністратором даних є Психологічно-педагогічний центр № 3, ul. Felińskiego 15; 01-513 Warszawa.

Дані зберігатимуться протягом періоду, необхідного для виконання цілей архівування відповідно до законодавства. Я визнаю, що маю право на доступ до вмісту наданих персональних даних та їх виправлення через консультацію. Я знаю, що відсутність даних призведе до неможливості випуску довідки і що я маю право подати скаргу на обробку персональних даних в наглядовий орган. Контакт з інспектором персональних даних: iod.oswiata@dbfozoliborz.waw.pl

……..
підпис батьків / законних опікунів