



**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA NR 3**  
01-513 Warszawa, ul. Felińskiego 15, tel. 22 600 21 30, 22 600 21 31

Sygnatura sprawy PPP3.....

Warszawa, dn. ....

Imię i nazwisko wnioskodawcy:

.....

Adres zamieszkania i numer telefonu:

.....

### WNIOSEK

o badanie psychologiczne i wydanie opinii potrzebnej do uzyskania przez ucznia

#### **Indywidualnego Toku / Programu Nauki**

Dotyczy:

Imię i nazwisko ucznia: .....

Data i miejsce urodzenia: .....nr PESEL .....

Adres zamieszkania: .....

Szkoła: ..... klasa.....

Przedmiot: .....

Zobowiązuję się do odebrania opinii.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Zasadami przyjmowania dzieci i rodziców w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 3.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno- Pedagogiczną nr 3, ul. Felińskiego 15, 01-513 Warszawa, w celu realizacji zadań diagnostyczno-terapeutyczno-doradczych. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 679/2016 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informuję, że Administratorem danych osobowych wskazanych we wniosku jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 3. Administrator informuje, że dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości korzystania z usług Poradni. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych 679/2016 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

.....

.....

.....  
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
data i podpis wnioskodawcy

.....

.....  
data i podpis wnioskodawcy

\*właściwe podkreślić

\*\* wypełnia się w sytuacji, gdy nie dołączono do wniosku dokumentu uzasadniającego brak podpisu drugiego rodzica

Oświadczenie składane w przypadku braku podpisu drugiego rodzica\*\*

Oświadczam, iż brak złożenia podpisu przez drugiego rodzica wynika z:

.....  
.....  
.....

Jednocześnie oświadczam, że drugi rodzic został poinformowany i wyraża zgodę na badanie dziecka.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

.....

data i podpis wnioskodawcy

\*właściwe podkreślić

\*\* wypełnia się w sytuacji, gdy nie dołączono do wniosku dokumentu uzasadniającego brak podpisu drugiego rodzica