

.....
(miejsowość, data)

WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE PRZESIEWOWYCH BADAŃ

Imię i nazwisko dziecka –

Data i miejsce urodzenia dziecka –

PESEL dziecka

Miejsce zamieszkania dziecka –

Nazwa i adres szkoły, klasa-.....

Imiona i nazwiska rodziców dziecka –.....

.....

Miejsce zamieszkania rodziców dziecka –

.....

Nr telefonu rodziców -

Rodzaje badania:

- przesiewowe badanie funkcji percepcyjno-motorycznych
- przesiewowe badanie programem „Słyszę”
- przesiewowe badanie logopedyczne
- przesiewowe badanie wzroku programem „Widzę”

Administratorem Państwa (dziecka, rodzica/opiekuna prawnego) danych osobowych jest:

*PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA w LUBARTOWIE z siedzibą w Lubartowie, ul. Słowackiego 7,
tel.: 81 855 22 68 , mail: poradnialubartow@op.pl*

Dane osobowe Pani /Pana i dziecka będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, e i art. 9 ust. 2 lit. g, 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 w celu realizacji zadań ustawowych i świadczenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. W związku z przetwarzaniem danych w celu wypełniania obowiązków wynikających z przepisów prawa odbiorcami Pani/Pana i dziecka danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do ich uzyskania na podstawie przepisów prawa, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegać profilowaniu., nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Rodzicom przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa j/w.

.....
Podpis rodziców