

.....
/pieczęć placówki medycznej/

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY

**określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie,
w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu**

**wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego
Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej
w związku ze złożeniem wniosku o potrzebie nauczania indywidualnego
dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe**

Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz.U. z 2017r. poz. 1743)

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Adres zamieszkania
Nazwa szkoły i oznaczenie klasy
Nazwa zawodu, w którym kształci się uczeń

OKREŚLENIE MOŻLIWOSCI DALSZEGO KSZTŁACENIA W ZAWODZIE

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

OKREŚLENIE WARUNKÓW REALIZACJI PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU

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

.....
/Miejscowość i data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza medycyny pracy/

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez administratora danych;
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. a,c i art. 9 ust. 2 lit. a, 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.

.....
(podpis rodzica)