

**ZGŁOSZENIE**

**WYPEŁNIAJĄ RODZICE LUB PRAWNI OPIEKUNOWIE DZIECKA**

.....  
(IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA)

.....  
(DATA I MIEJSCE URODZENIA)

.....  
PESEL

.....  
(KLASA, NAZWA I ADRES SZKOŁY)

.....  
(IMIĘ I NAZWISKA RODZICÓW /PRAWNYCH OPIEKUNÓW)

.....  
(DOKŁADNY ADRES ZAMIESZKANIA RODZICÓW /PRAWNYCH OPIEKUNÓW)

.....  
(TELEFON KONTAKTOWY)

**CZY DZIECKO KORZYSTAŁO WCZEŚNIEJ Z POMOCY NASZEJ PORADNI?**

.....  
**CZY DZIECKO AKTUALNIE KORZYSTA Z TERAPII W PORADNI?**

**UZASADNIENIE ZGŁOSZENIA**

.....  
.....  
.....  
.....  
Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji statutowych zadań przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Rawie Mazowieckiej, ul. Niepodległości 8; 96-00 Rawa Mazowiecka. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana o możliwości wycofania zgodny na przetwarzanie wyżej wymienionych danych w formie pisemnej w siedzibie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rawie Mazowieckiej.

.....  
(podpis rodziców/prawnych opiekunów dziecka)

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie konsultacji pracownika poradni z przedstawicielami szkoły/placówki do której uczęszcza dziecko.

.....  
(podpis rodziców/prawnych opiekunów dziecka)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. Unii Europejskiej z dnia 04.02.2016 r. L 119/1) zwanym RODO, informuję, że:

- 1) Administratorem *Pana/Pani danych osobowych oraz danych Pana/Pani dziecka\** jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna z siedzibą w Rawie Mazowieckiej; ul. Niepodległości 8, reprezentowana przez panią Annę Gos- Bartosiewicz.
- 2) W sprawach związanych z danymi osobowymi proszę o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych poprzez adres e-mail: [iodo@poradnirawa.pl](mailto:iodo@poradnirawa.pl)
- 3) *Pana/Pani dane osobowe oraz dane Pana/Pani dziecka\** zawarte w niniejszym zgłoszeniu/wniosku przetwarzane będą w celu realizacji zadań statutowych placówki wynikających z uregulowań zawartych w odrębnych przepisach na podstawie art. 6 ust.1 pkt c RODO.
- 4) *Pana/Pani dane osobowe oraz dane Pana/Pani dziecka\** nie będą udostępniane innym odbiorcom. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
- 5) *Pana/Pani dane osobowe oraz dane Pana/Pani dziecka\** będą przechowywane przez okres ustalony zgodnie z odrębnymi przepisami.
- 6) Posiada *Pan/Pani\** prawo dostępu do treści swoich 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, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 7) Ma *Pan/Pani\** prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna *Pan/Pani\**, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących *Pana/Pani oraz danych Pana/Pani dziecka\** narusza przepisy RODO.
- 8) Podanie przez *Pana/Panią\** danych osobowych jest wymogiem ustawowym; ich nieprzekazanie spowoduje niemożność podjęcia i realizacji działań o które wnosi *Pan/Pani\** w przedłożonym wniosku.

Administrator Danych Osobowych  
Anna Gos- Bartosiewicz

.....  
(*podpis osoby wypełniającej*)

\* *niepotrzebne skreślić*