

Płock, dn.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Nr 1

09-400 Płock, ul. Szymona Kossobudzkiego 7

Zwracam się z prośbą o przekazanie dokumentacji z badań mojego dziecka

.....ur..... zam.

.....
do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

.....
(pełna nazwa i adres)

w celu kontynuacji dalszych badań.

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz.UE.L nr 119, str.1) zw. RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną Nr 1 w Płocku. Udostępnione dane można wykorzystać wyłącznie zgodnie z przeznaczeniem, dla którego zostały podane. Działam w imieniu własnym i drugiego rodzica.

.....
(Podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)