**W n i o s e k**

**o wydanie zaświadczenia/ oceny psychologicznej**\*

**z Miejskiej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Krośnie**

\*  właściwe zaznaczyć

**Imię i nazwisko dziecka /ucznia:** … … … … … … … … … … … … … …… … … … … … … … … … .. … … … … .. …

PESEL: □□□□□□□□□□□

lub seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość … … … … … … … … …… … … … … … … … … … .. … … … … .. …

Data urodzenia: … … … … … … … … … … … … … Miejsce urodzenia: … … … … … … … … … … … … … … … . … ..

Adres zamieszkania: … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …… … … … … … … … … … .

**Nr telefonu /w przypadku pełnoletniego ucznia/**: … … … … … … … … … … … … …… … … … … … … … Nazwa i adres przedszkola /szkoły/ placówki, do której uczęszcza dziecko /uczeń: … … . … … … … … … … .… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …… … … … … … … …

Oddział przedszkolny / klasa: … … … … … … … …… … … … … … …

**Imię i nazwisko matki: Imię i nazwisko ojca:**

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … ..

Adres zamieszkania:   Adres zamieszkania:

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

Nr telefonu:… … … … … … … … … … … … … … … Nr telefonu: … … … … … … … … … … … … …

**Imię i nazwisko prawnego opiekuna lub osoby (podmiotu) sprawującego pieczę zastępczą nad dzieckiem:**

 … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

Adres zamieszkania, nr telefonu:

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … ...

**Cel wydania zaświadczenia / oceny psychologicznej**\***:**

\* właściwe zaznaczyć

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … ..

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … ..

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … ..

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … ..

***Oświadczam, że jestem:****\**

** *rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem;***

** *prawnym opiekunem dziecka;***

***osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem;***

***pełnoletnim uczniem.***

\* właściwe zaznaczyć

 … … … … … … … … … … … … … … … … … …

*podpis wnioskodawcy*

***Wyrażam zgodę*** *na przetwarzanie zgłaszanych przeze mnie danych osobowych w MPPP w Krośnie, w tym dostarczonej dokumentacji medycznej, szkolnej/przedszkolnej lub innych informacji niezbędnych w celu uzyskania pomocy psychologiczno – pedagogicznej (zgodnie z art. 6 ust.1 pkt a i art. 9 ust. 2 pkt 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 - ogólne rozporządzenie o ochronie danych).*

 … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

 *podpis wnioskodawcy*

*Klauzula informacyjna przetwarzania danych osobowych w Miejskiej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Krośnie jest dostępna na stronie internetowej:* [*www.mpppkrosno.pl*](http://www.mpppkrosno.pl)*, BIP oraz w miejscu składania dokumentów z danymi osobowymi.*

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**Potwierdzam odbiór zaświadczenia/ oceny psychologicznej**\***:**

\* właściwe zaznaczyć

 ………………… ………………………………….

 data podpis