**W n i o s e k**

**o wydanie informacji**

**o wynikach badań specjalistycznych przeprowadzonych**

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

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

PESEL: □□□□□□□□□□□

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

Data i 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, telefon:

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

**Określenie celu i przyczyny, dla której niezbędne jest uzyskanie informacji:**

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

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

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

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

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

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

***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*

***Oświadczam, że*** *jestem przedstawicielem ustawowym dziecka i podpisując niniejszy wniosek - reprezentuję zgodną wolę obojga rodziców*

… … … … … … … … … … … … … … … … … …

*podpis wnioskodawcy*

***Załączam***\***:**

*wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych i lekarskich* 

*opinię nauczycieli, wychowawców, specjalistów udzielających pomocy psych.-ped. w przedszkolu/szkole/placówce*

*zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/pełnoletniego ucznia*

*inne dokumenty, jakie?* … … … … … … … … …… … … …… … … … … … … … … … … … … … … … … …… …

\*  właściwe zaznaczyć

*Na podstawie 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) wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych dobrowolnie przeze mnie danych osobowych w MPPP w Krośnie, np. numer telefonu celem zapewnienia szybkiej i sprawnej komunikacji związanej z realizacją złożonego wniosku, pisma, podania.*

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

 *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 informacji o wynikach badań specjalistycznych:**

 ………………… ………………………………….

 data podpis