

Białogard, dnia.....

Wypełnia wnioskodawca

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres

.....
Telefon kontaktowy

Wniosek o przekazanie dokumentacji

Proszę o przekazanie dokumentacji z przeprowadzonych badań diagnostycznych

.....
Imię i nazwisko przebadanej osoby

ur.....W.....
ucznia/uczennicy.....

Nazwa szkoły / placówki

do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Białogardzie, 78-200 Białogard,
ul. Dworcowa 2

z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w.....

.....
Adres poradni

Uzasadnienie

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w ramach działalności statutowej PP-P w Białogardzie 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)
(TZ.U.U.E.L2016.119.1 z dnia 2016.05.04)

.....
Podpis wnioskodawcy