

### Oświadczenie Wnioskodawcy

Ja niżej podpisana/y .....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

w związku ze zgłoszeniem mojego dziecka do Miejskiego Zespołu Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Kielcach **oświadczam, że w sprawie mojego dziecka:**

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

1. Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.z 2018 r, poz 1000) **wyrażam zgodę /nie wyrażam\* zgody**, na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka w Miejskim Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Kielcach, w celu niezbędnym do realizacji zadań statutowych Poradni.
2. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam\*** zgody na kontakt za pomocą środków telekomunikacyjnych oraz poprzez komunikację elektroniczną.
3. **Oświadczam**, że przyjmuję do wiadomości, iż:
  - ✓ Administratorem moich danych osobowych jest Miejski Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Kielcach.
  - ✓ Dane osobowe będą przetwarzane tylko i wyłącznie w celu niezbędnym do uzyskania pomocy w Miejskim Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Kielcach.
  - ✓ Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa podania ich uniemożliwi skorzystanie z usług MZ PPP w Kielcach.
  - ✓ Dane osobowe w formie papierowej będą przechowywane zgodnie z oznaczeniem kategorii archiwalnej przez 10 lat, po upływie tego czasu zostaną one zniszczone.
  - ✓ Można uzyskać dostęp do swoich danych osobowych, poprawiać je oraz zażądać zaprzestania ich przetwarzania, z tym, że wycofanie udzielonej zgody nie będzie miało wpływu, zgodnie z prawem, na przetwarzanie uprzednio pozyskanych danych.

Kontakt z osobą odpowiedzialną za nadzór nad przetwarzaniem danych osobowych znajduje się na stronie internetowej Poradni.

**\* niepotrzebne skreślić**

*Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem ujemnych skutków wynikających z obowiązujących przepisów prawa.*

.....  
(data)

.....  
(podpis **matki**/opiekuna prawnego)

.....  
(podpis **ojca**/opiekuna prawnego)

.....  
(podpis **pełnoletniego ucznia**)

Miejski Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Kielcach

**Część A** (należy wypełnić w przypadku, gdy dziecko jest zgłaszane do MZPPP przez jednego z rodziców/opiekunów prawnych)

Oświadczam, iż:

1. Jestem jedynym prawnym opiekunem mojego dziecka **TAK / NIE\*\***
2. Drugi rodzic/ opiekun prawny został poinformowany i zgadza się na badania, terapię dziecka zgłaszanego do Poradni **TAK / NIE\*\***

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem ujemnych skutków wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

.....  
(data)

.....  
(podpis **rodzica**/opiekuna prawnego)

\*\*zaznaczyć właściwe

**Dane dziecka/ucznia:**

.....  
(imię i nazwisko badanego)

.....  
(PESEL)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

.....  
(adres zamieszkania dziecka/ucznia, kod pocztowy)

.....  
(imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów)

.....  
(adres zamieszkania, kod pocztowy)

.....  
(adres email)

.....  
( numer telefonu **matki**/opiekuna)

.....  
( numer telefonu **ojca**/opiekuna)

Placówka oświatowa

.....  
(placówka oświatowa)

.....  
(adres)

.....  
(grupa/klasa)

**Cel zgłoszenia do MZ PPP w Kielcach:**

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

.....  
(podpis **matki**/opiekuna prawnego)

.....  
(podpis **ojca**/opiekuna prawnego)

.....  
(podpis **pełnoletniego ucznia**)

Oświadczenie przekazano:.....