



Załącznik Nr 1

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

w Programie „Za życiem”

Węgorzewo, dnia …….......................

**Wiodący Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy**

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna**

**ul. Gen. J. Bema 16A**

**11-600 Węgorzewo**

**tel. 87 427 25 03**

**Wniosek**

**rodziców / opiekunów prawnych\***

**zgłoszenia dziecka do objęcia wczesnym wspomaganiem rozwoju**

**w ramach programu „Za życiem”**

program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, przyjęty na podstawie art. 12 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2020 poz. 1329), na podstawie art. 90v ust.4 ustawy z dnia
7 września 1991 r. o systemie oświaty, a od dnia 1 stycznia 2018 r. na podstawie art. 75 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych (Dz. U. 2017 poz. 2203) oraz na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 września 2017 r. w sprawie szczegółowych zadań wiodących ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych (Dz.U. z 2017 poz. 1712).

1. Imię i nazwisko dziecka.............................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ………………………………..……………………………………..

PESEL.........................................................................................................................................
Adres zamieszkania....................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa i adres żłobka/ przedszkola/placówki do której dziecko uczęszcza ....................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………

1. Imię i nazwisko ojca/ prawnego opiekuna**\***.............................................................................. Adres zamieszkania ………………………………………….……………tel. ........................
2. Imię i nazwisko matki/ prawnego opiekuna\* ........................................................................... Adres zamieszkania ……………………………………………..…………tel. .......................
3. Oświadczam, że syn/córka był/a badany/a w poradni: TAK / NIE**\***
4. Dziecko posiada (podkreśl właściwe):
* Opinię o wczesnym wspomagania rozwoju;
* Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego;
* Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych;
* Orzeczenie o niepełnosprawności;
* Zaświadczenie lekarskie stwierdzające niepełnosprawność lub zagrożenie niepełnosprawnością.
1. Nazwa placówki, w której dziecko realizuje Wczesne Wspomaganie Rozwoju ………………

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

1. Forma/y terapii, w której dziecko uczestniczy w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju..

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

1. Do wniosku dołączam:

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

…………………………………………………………………………………………………

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

1. Zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa mojego dziecka w zajęciach, a każdą nieobecność dziecka zgłoszę telefonicznie do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
w Węgorzewie, tel. 87 427 25 03, minimum 1 dzień przed planowanymi zajęciami.

..........................................................
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* Właściwe podkreślić

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODYNA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

Ja, niżej podpisany/a………………………………………………………………………………
oświadczam, że zapoznałem się z poniższą klauzulą informacyjną:
Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO\* oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych(t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) informujemy, że:

1. Administratorem Pani /Pana danych osobowych oraz danych Pani/Pana dziecka/podopiecznego jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna z siedzibą przy ul. Gen. J. Bema 16A, 11-600 Węgorzewo.
2. Z administratorem danych osobowych można skontaktować się za pośrednictwem inspektora ochrony danych osobowych, pisząc na adres poczty elektronicznej: inspektor@cbi24.pl
3. Dane osobowe zawarte we wniosku będą przetwarzane w celu realizacji zadań

ustawowych i statutowych Poradni na podstawie art. 6 ust. 1 lit. 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) (Dz. Urz. UE L 119, s.1) oraz Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

1. W niektórych sytuacjach mamy prawo przekazywać dane Pani /Pana oraz Pani/Pana dziecka/podopiecznego dalej – jeśli jest to konieczne, abyśmy mogli wykonywać nasze zadania. Możemy przekazywać dane Pani/Pana oraz Pani/Pana dziecka/podopiecznego
w szczególności następującym odbiorcom:
* osobom upoważnionym przez nas – naszym pracownikom i współpracownikom, którzy muszą posiadać dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki,
* podmiotom przetwarzającym, którym zlecimy czynności przetwarzania danych,
* innym odbiorcom danych np. lekarzowi, kuratorowi, sędziemu,
* podmiotom przetwarzającym w celu wykonywania czynności technicznych związanych
z eksploatacją systemu elektronicznego wykorzystywanego w Poradni,
* instytucjom upoważnionym z mocy prawa.
1. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegać podejmowaniu zautomatyzowanych decyzji, w tym będących wynikiem profilowania (tj. zbieraniu informacji o odbiorcy na podstawie jego zachowań w sieci).
2. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych Pani/Pana lub Pani/Pana dziecka/podopiecznego do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
3. Ma Pani/Pan prawo zwrócić się do nas z żądaniem dostępu do danych osobowych Pani/Pana lub Pani/Pana dziecka/podopiecznego, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych. Może Pani/Pan wycofać też zgodę na przetwarzanie danych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej cofnięciem.
4. Ma Pani /Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (w rozumieniu RODO) dotyczącą przetwarzania danych osobowych Pani/Pana lub Pani/Pana dziecka/podopiecznego do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
5. Dane Pani/Pana oraz Pani/Pana dziecka/podopiecznego po zrealizowaniu celu pierwotnego, dla którego zostały zebrane, o jakim była mowa wcześniej, będą przetwarzane dla celów archiwalnych przez okres zgodny zobowiązującymi u nas przepisami archiwalnymi.
6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem ustawowym. Ich podanie jest dobrowolne, lecz ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości uczestnictwa
w realizacji zadań ustawowych i statutowych Poradni (tj. np. odmową przyjęcia wniosku do realizacji).

\*RODO - Rozporządzenie 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka/podopiecznego zamieszczonych w niniejszym wniosku przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną
w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 16A w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych Poradni.

......................................................... ...................................................................................
 (miejscowość, data) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Ja, niżej podpisany/a……………………………………………………………………………...……

oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie
„Za życiem” i akceptuję jego treść.

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

 (miejscowość, data) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)