*BADANIA PRZEPROWADZANE W PORADNI SĄ BEZPŁATNE*

***WAŻNE***

***Jeżeli dziecko w wyznaczonym terminie nie zgłosi się na badania (bez wcześniejszego powiadomienia Poradni o tym fakcie), staje się to równoznaczne z wycofaniem wniosku o wydanie opinii.***

***Jeżeli rodzic nie dostarczy dodatkowej, koniecznej dla pełnej diagnozy, dokumentacji medycznej, wówczas wnioskodawca zostaje pisemnie powiadomiony o ostatecznym terminie jej dostarczenia. Jednocześnie zostaje poinformowany o fakcie, że nie dostarczenie tej dokumentacji jest równoznaczne z wycofaniem wniosku o wydanie opinii.***

**WNIOSEK**

**o wydanie opinii/udzielenie konsultacji** (niepotrzebne skreślić)

**1.** Imię i nazwisko wnioskodawcy: .…………………………………………………………………………………………………………...

**2.** Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia:

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

**3.** Data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia: ………………………………………….……………………………..……………………..…………...

**4.** PESEL dziecka/ucznia (w przypadku braku PESEL seria i numer dokumentu potwierdzającego       jego tożsamość):

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

**5.** Dokładny adres zamieszkania dziecka/ucznia:

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

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

**6.** Nazwa i adres przedszkola/szkoły:

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

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

**7.** Oznaczenie grupy/klasy, do której uczęszcza dziecko/uczeń:

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

**8.** Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów (niepotrzebne skreślić):

(matka)………………………………........................................................................................................

(ojciec)……………………………………………………………………………………………………

**9.** Dokładny adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów (niepotrzebne skreślić):

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

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

 Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania):

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

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

**10.** Numer telefonu rodziców/opiekunów prawnych (niepotrzebne skreślić)\*: ………………………..

 Strona 1 z 4

**11.** Adres poczty elektronicznej rodziców/opiekunów prawnych (niepotrzebne skreślić)\*:

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

**w sprawie:** (właściwe podkreślić):

**1.** Oceny rozwoju psychoruchowego dziecka w wieku 0-6 lat.

**2.** Wcześniejszego przyjęcia dziecka do szkoły podstawowej.

**3.** Odroczenia spełnienia obowiązku szkolnego.

**4.** Objęcie ucznia nauką w klasie terapeutycznej.

**5.** Dostosowanie wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych     potrzeb ucznia, u którego stwierdzono/podejrzewa się (niepotrzebne skreślić):

**a**. specyficzne trudności w uczeniu się,

**b.** problemy rozwojowe.

**6.** Przystąpienia ucznia ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się do:

**a**. sprawdzianu przeprowadzanego w ostatnim roku nauki w szkole podstawowej,

**b.** egzaminu maturalnego,

**c.** egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe,

    w warunkach i formie dostosowanych do indywidualnych potrzeb psychofizycznych ucznia.

**7.** Zwolnienia ucznia z wadą słuchu lub głęboką dysleksją rozwojową z nauki drugiego języka obcego.

**8.** Ograniczonych możliwości wyboru kierunku kształcenia z uwagi na przewlekłe problemy      zdrowotne ucznia.

**9.** Doradztwa zawodowego.

**10.** Diagnozy procesów integracji sensorycznej.

**11.** Zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego.

**12.** Zindywidualizowanej ścieżki kształcenia.

**13**. Innej, określonej w odrębnych przepisach (podać w jakiej sprawie, niewymienionej wyżej):

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

**14.** Krótki opis trudności w nauce:

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

**15.** Co niepokoi Panią/Pana w funkcjonowaniu dziecka w przedszkolu/szkole/w domu

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………                                                                                                                                         Strona 2 z 4

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

**16.** Do wniosku dołączam:

• opinię nauczyciela przedszkola o dziecku,

• opinię wychowawcy klasy o uczniu,

• opinię polonisty,

• dokumentację z innych placówek diagnozujących wcześniej dziecko,

• samodzielne wytwory dziecka (np. ksero dyktand, wypracowań),

• potwierdzenie pracy terapeutycznej i/lub samokształceniowej (realizacja zaleceń z poprzedniej opinii, jeśli jest to kolejne badanie),

• ksero dokumentacji medycznej (jakiej?) ……………………………………………………………….

• inne……………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........

* ***Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka i rodziców oraz danych osobowych pozostałych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym zgodnie z art. 6 ust.1 lit a RODO.***
* ***Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem/prawnym opiekunem dziecka lub ucznia osobą sprawującą pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem (właściwe podkreślić).***
* ***Oświadczam, że wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej.***

**…………………………...            …………………………………..**

 (data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

\* Dane dobrowolne – wnioskodawca nie musi ich podawać, ale ich podanie ułatwi kontakt z wnioskodawcą w celu rozpatrzenia wniosku i załatwienia sprawy.

Strona 3 z 4

Terminy badań diagnostycznych i osoby diagnozujące (podpis):

* psychologicznych……………………………………………………………………………………………………..
* pedagogicznych………………………………………………………………………………………………………..
* logopedycznych………………………………………………………………………………………………………..

Potwierdzenie poinformowania wnioskodawców przez sekretariat

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

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W POWIATOWEJ PORADNI PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNEJ W PŁOCKU**

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) – dalej RODO, informuję, że:

**1**. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowej Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Płocku, z siedzibą przy ul. Otolińskiej 21, 09-407 Płock.

**2**. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować poprzez email: iod@pppp-plock.pl.

**3**. Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.

**4**. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:

a) wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi zgodnie z **art. 6 pkt. 1 lit. e RODO**;

**b)** wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze zgodnie z **art. 6 pkt. 1 lit. c RODO**;

**c)** realizacji zawartych umów - zgodnie **z art. 6 pkt. 1 lit. b RODO**;

**d)** w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

**5.** W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt. 4 – odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

**a)** organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,

**b)** inne podmioty, które na podstawie umów podpisanych z Powiatową Poradnią Psychologiczno – Pedagogiczną w Płocku przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Dyrektor Powiatowej Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Płocku.

**6**. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 4, a po tym czasie w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa a w przypadku danych osobowych podanych dobrowolnie – do czasu wycofania Pani/Pana zgody, lecz nie dłużej niż przez okres ustalony na podstawie przepisów archiwalnych.

**7.** W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Prawa te przysługują wówczas, jeżeli nie naruszają innych, obowiązujących aktów prawnych.

**8.** W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Powiatowej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Płocku Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa).

**9.** W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.

**10.** Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.

**11.** Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

**12.** Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

**…………………………... ……………………………………**

 (data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

 Strona 4 z 4