*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 logopedycznej / udzielenie konsultacji** (niepotrzebne skreślić)

Ja ……………………………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

Zamieszkała/y……………………………………………………………… tel\*. ……………….…………...

(adres zamieszkania)

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

(adres do korespondencji- podać w przypadku innego niż adres zamieszkania)

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

(imiona i nazwisko dziecka)

PESEL *………….…………………..……*  ur. *………………………….* w*……….………………….....................*

 (lub seria i nr dokumentu potwierdzającego jego tożsamość) (data urodzenia) (miejsce urodzenia)

zamieszkałym………………………………………………………………………………………………….

 (dokładny adres zamieszkania: miejscowość, ulica, kod pocztowy, poczta)

uczniu klasy/grupy…….………………/ dziecku w wieku …………………………...….(niepotrzebne skreślić)

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

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

(nazwa i adres szkoły/przedszkola/ ośrodka)

**w sprawie:** (właściwe podkreślić)

1. Zdiagnozowania logopedycznego (wydanie opinii logopedycznej).
2. Konsultacji logopedycznej.
3. Co państwa niepokoi w rozwoju mowy dziecka (właściwie podkreślić, podać przykład- krótki opis):
	1. Opóźniony rozwój mowy ………………………………………………………………
	2. Mowa dziecka jest niezrozumiała dla otoczenia………………………………………..
	3. Zamienia głoski…………………………………………………………………………
	4. Opuszcza głoski…………………………………………………………………………
	5. Deformuje głoski………………………………………………………………………..
	6. Jąka się. ……………………………………………………………………....................
	7. Mówi za szybko/za wolno………………………………………………………………
	8. Inne ……………………………………………………………………………………..
4. **Czy dziecko było już badane w naszej placówce** – TAK NIE
5. **Czy dziecko było już badane logopedycznie** – TAK NIE

**Jeśli TAK** – podać nazwę placówki ………………………………………………………………

1. Czy dziecko uczęszczało na terapię logopedyczną? (podać nazwę placówki) ………………………………………………………………………………………………………
2. Czy dziecko było badane w placówce specjalistycznej np. neurologicznej, foniatrycznej, ortodontycznej, laryngologicznej, innej (jakiej?) ……………………………………………………………………………………………………….
3. Do wniosku dołączam:

-dokumentację z innych placówek diagnozujących wcześniej dziecko,

-wyniki badań z placówek specjalistycznych,

-inne…………………………………………………………………………………………………..

1. Adres poczty elektronicznej\*

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

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

***Oświadczenia (wybrane zaznaczyć***

* ***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) (podpis wnioskodawcy)**

*Terminy badania diagnostycznego i osoby diagnozującej (podpis)*

 *- 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.cuw@powiat.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)