

Koszalin, dnia

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Kod pocztowy

Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

WNIOSEK

o wydanie informacji o wynikach diagnozy przeprowadzonej w
Miejskiej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Koszalinie

dla:

Imię i nazwisko dziecka:

PESEL dziecka:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia dziecka:

Adres zamieszkania:

Tel.....

Uczeń szkoły i klasy, adres szkoły:

-
1. Wyrażam zgodę na przekazanie druku opinii drogą pocztową (list polecony) lub odbiorę osobiście. *
 2. Administratorem danych osobowych podanych w niniejszym wniosku jest Miejska Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna z siedzibą w Koszalinie, ul. Morska 43, kod pocztowy 75 -215, adres e-mail: mpp-p@mpp-p.com.pl, tel. 94 3430199. Więcej informacji oraz pełna treść klauzuli informacyjnej dot. przetwarzania danych osobowych dostępne są w siedzibie administratora oraz na stronie internetowej: <http://www.mpp-p.com.pl/>, w zakładce „RODO”.

.....
* czytelny podpis rodzica¹ lub pełnoletniego ucznia

* proszę właściwe podkreślić

¹ Na podstawie Ustawy Prawo Oświatowe z dnia 14 grudnia 2016, art. 4 ust. 19, przez rodziców należy rozumieć także prawnych opiekunów dziecka oraz osoby (podmioty) sprawujące pieczę zastępczą nad dzieckiem.