

Koszalin, dnia.....

Wypełnia wnioskodawca

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres

.....
Telefon kontaktowy

Wniosek o przekazanie dokumentacji

Proszę o przekazanie dokumentacji z przeprowadzonych badań diagnostycznych

.....
Imię i nazwisko przebadanej osoby

Ur.....W.....
dziecka/ucznia

.....
nazwa przedszkola / szkoły / placówki / adres

**do / z Miejskiej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Koszalinie,
75-215 Koszalin, ul. Morska 43**

z / do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w.....

.....
adres poradni

Uzasadnienie

.....
.....
Na podstawie art. 6ust. 1lit. c 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 i § 19 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych **oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.**

.....
podpis wnioskodawcy