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* |
| **z Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Koszalinie,  75-626 Koszalin, ul. Andersa 32** |
| **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*