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

 (imię i nazwisko matki / opiekuna prawnego (miejscowość i data)

 / rodzica zastępczego)

..............................................................................................

 (imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego

 / rodzica zastępczego)

..............................................................................................

 (adres zamieszkania)

.............................................................................................

 (telefon kontaktowy)

.............................................................................................

 (adres mailowy)

**Wiodący Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy**

**programu rządowego „Za życiem”**

**w Powiecie Wejherowskim**

**Wniosek o przeprowadzenie diagnozy funkcjonalnej dziecka/ prowadzenie terapii**

ze względu na ......................................................................................................................................................................................................

 *(proszę podać powód zgłoszenia)*

 …............................................................................................................... ur. ....................................... w ………………………………………

 *(imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia) (miejsce urodzenia)*

……...................…….……….……..… ………………………………………………  **PESEL dziecka**:……………………………………

 *(adres zamieszkania)*

dziecka uczęszczającego do przedszkola ……………………………………………………………………………………………….

 *(nazwa i adres przedszkola, szkoły, placówki do której uczęszcza dziecko)*

Dziecko było badane: psychologicznie, pedagogicznie, logopedycznie\* w poradni:

..................................................................................................................................................., w roku ………………………………………….

 *(nazwa i adres poradni)*

Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności: tak / nie

Dziecko posiada opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju: tak / nie (jeśli tak to wskazane jest jej dołączenie do wniosku)

Dziecko realizuje wczesne wspomaganie rozwoju (WWR) w placówce ………………………………………………………......

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

Załączniki do wniosku:

1. ……………………….………………………
2. …………………………….…………………. **Podpis wnioskodawcy:**

 ………………………………..

Wyrażam zgodę na przekazanie ewentualnych wyników diagnozy do:

……………………………………………………………………….

*(nazwa i adres placówki)*

 **Podpis wnioskodawcy:**

 ……………………………………

**Wyrażenie zgody na kontakty Poradni z placówką oświatową, do której uczęszcza dziecko/uczeń.**

Wyrażenie poniższej zgody jest **dobrowolne**.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich danych osobowych i danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego/-ej przez Powiatowy Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Wejherowie z siedzibą w Wejherowie przy ul. Ofiar Piaśnicy 22 poprzez kontakt, w tym telefoniczny upoważnionego pracownika Poradni z pracownikiem przedszkola/szkoły/innej placówki oświatowej, do której uczęszczam albo uczęszcza moje dziecko/podopieczny/a w celu omówienia mojej **sytuacji dydaktycznej i wychowawczej** albo mojego dziecka/podopiecznego/-ej.

……………………………………………

 (podpis osoby udzielającej zgody)

***Klauzula informacyjna***

**Powiatowy Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Wejherowie informuje, że:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych/danych osobowych Pani/Pana dziecka/podopiecznego/-ej jest Powiatowy Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Wejherowie, mający siedzibę w Wejherowie przy ul. Ofiar Piaśnicy 22, tel. 58 672 10 08 zwany dalej Administratorem.
2. Telefon kontaktowy do inspektora ochrony danych osobowych jest następujący: 58 672 10 08.
3. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych/danych osobowych Pani/Pana dziecka/podopiecznego/-ej w formie papierowej oraz przy wykorzystaniu systemów informatycznych.
4. Pani/Pana dane osobowe/dane osobowe Pani/Pana dziecka/podopiecznego/-ej przetwarzane są w celu udzielenia bezpośredniej pomocy psychologiczno-pedagogicznej, przeprowadzenia diagnozy oraz wydania odpowiednich dokumentów (np. opinii, orzeczenia, informacji o wynikach badań, zaświadczenia), realizacji form wsparcia w ramach udzielanej pomocy oraz archiwizacji. Niepodanie wszelkich niezbędnych danych jest równoznaczne z brakiem możliwości świadczenia ww. pomocy i wydania dokumentów oraz brakiem możliwości ich późniejszego przechowywania.
5. Pani/Pana dane osobowe/ dane osobowe Pani/Pana dziecka/podopiecznego/-ej nie są przekazywane żadnym nieuprawnionym odbiorcom ani też do państw trzecich. Odbiorcami danych mogą być jedynie osoby i podmioty upoważnione do przetwarzania danych, podmioty z którymi zawarto stosowne umowy powierzenia przetwarzania danych oraz uprawnione na podstawie przepisów prawa organy publiczne.
6. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych/danych osobowych Pani/Pana dziecka/podopiecznego/-ej jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO (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) w związku z:
7. rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. 2013 poz. 199 z późn. zm.),
8. rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju (Dz. U. 2017 poz. 1635).
9. W stosunku do danych osobowych które są przetwarzane na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) ma Pani/Pan prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofać zgodę można w formie pisemnej, którą należy wysłać albo dostarczyć do właściwej Poradni.
10. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych/danych osobowych Pani/Pana dziecka/podopiecznego/-ej, ich sprostowania, usunięcia (w sytuacjach określonych w art. 17 RODO) lub ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku, gdy przetwarzanie danych narusza przepisy prawa.
11. Pani/Pana dane osobowe/dane osobowe Pani/Pana dziecka/podopiecznego/-ej nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
12. Pani/Pana dane osobowe/dane osobowe Pani/Pana dziecka/podopiecznego/-ej będą przechowywane przez okres oznaczony kategorią archiwalną wskazaną w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt Powiatowego Zespołu Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Wejherowie, który zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164) został przygotowany w porozumieniu z Naczelnym Dyrektorem Archiwów Państwowych tj.:
* 20 lat w przypadku spraw, w których została udzielona pomoc psychologiczno-pedagogiczna albo wydana opinia, informacja o wynikach badań lub zaświadczenie,
* 50 lat w przypadku spraw, w których zostało wydane orzeczenie albo opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju.

Okres przechowywania liczy się od daty zakończenia badań. Po upływie okresu przechowywania dokumentacja niearchiwalna podlega, po uzyskaniu zgody dyrektora właściwego archiwum państwowego, brakowaniu.

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższymi informacjami oraz, że w pełni je zrozumiałam/em.**

 ………………………………………….

 (podpis)