**Wnioskodawca:**  ..………………………………………….

/miejscowość i data/

………………………………………………………….

nazwiska i imiona rodziców/ prawnych opiekunów

………………………………………………………….

adres zamieszkania

………………………………………………………….

telefon kontaktowy

**Wniosek**

**o przyjęcie na terapię:**

do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Mławie

**1.Rodzaj terapii:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

**2.Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: ………………………………………………………………………………………………..**

**3.Data i miejsce urodzenia**: ………………………………………………………………………………………………………………..

**4.Pesel:** ……………………………………………………………………………………

**5.Miejsce zamieszkania dziecka/ ucznia:**

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

**6.Nazwa i adres szkoły:** …………………………………………………………….  **7.klasa:** ………………………

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

**8.Do wniosku o przyjęcie na terapię załączam:**

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

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych : - administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, 06-500 Mława, ul. Wyspiańskiego 9, - dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z niniejszego wniosku oraz na podstawie Ustawy

z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156 oraz z 2016 r. poz. 35, 64, 195 i 668),

- dane nie będą udostępniane innym odbiorcom, z wyjątkiem upoważnionych na podstawie przepisów prawa, - posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, - podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania może być równoznaczna z brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku

Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji wniosku (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych)

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka, a także członków mojej rodziny o moich zgodnie z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych /Dz.U.Nr 133,poz.883/.

**Podpis:** ……………………………………………………………….

/czytelny podpis osoby zgłaszającej/