**BADANIE ODBĘDZIE SIĘ PRZY ZACHOWANIU**

**OBOWIĄZUJĄCYCH W SZKOLE**

**PROCEDUR BEZPIECZEŃSTWA W ZWIĄZKU Z ZAPOBIEGANIEM,**

**PRZECIWDZIAŁANIEM I ZWALCZANIEM COVID-19**

**O Ś W I A D C Z E N I E**

* **Oświadczam, że wyraziłam/-em zgodę na przeprowadzenie badań przesiewowych słuchu i wzroku\* przez pracownika z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łapach w dniu ………………………... na terenie szkoły/placówki oświatowej\***
* Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i podpisując niniejsze oświadczenie reprezentuję zgodną wolę obojga rodziców.
* W związku z art. 23 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U.Nr 133, poz. 883) wyrażam zgodę na badania psychologiczno-pedagogiczne oraz przetwarzanie danych osobowych:
1. imię i nazwisko dziecka ……………………………………………………………………………………………………………………
2. data i miejsce ur. …………………………………….. PESEL…………………………………………………………………………...
3. szkoła ……………………………………………………………………………………………………..………klasa ………………….

**w celach związanych z działalnością Poradni wyrażam/nie wyrażam \* zgodę na:.**

1. Administratorem danych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Łapach.
2. Przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Łapach ul. Boh. Westerpaltte 8, 18-100 Łapy, w celu realizacji zadań diagnostycznych.
3. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 679/2016 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informuję, że Administratorem danych osobowych wskazanych we wniosku jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Łapach. Administrator informuje, że dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości korzystania z usług Poradni. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych 679/2016 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

…………………………………… ……………………………………………

data i miejsce podpis rodzica/opiekuna prawnego

\*niepotrzebne skreślić

****

**BADANIE ODBĘDZIE SIĘ PRZY ZACHOWANIU**

**OBOWIĄZUJĄCYCH W SZKOLE**

**PROCEDUR BEZPIECZEŃSTWA W ZWIĄZKU Z ZAPOBIEGANIEM,**

**PRZECIWDZIAŁANIEM I ZWALCZANIEM COVID-19**

**O Ś W I A D C Z E N I E**

* **Oświadczam, że wyraziłam/-em zgodę na przeprowadzenie badań przesiewowych słuchu i wzroku\* przez pracownika z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łapach w dniu ………………………... na terenie szkoły/placówki oświatowej\***
* Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i podpisując niniejsze oświadczenie reprezentuję zgodną wolę obojga rodziców.
* W związku z art. 23 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U.Nr 133, poz. 883) wyrażam zgodę na badania psychologiczno-pedagogiczne oraz przetwarzanie danych osobowych:
1. imię i nazwisko dziecka ……………………………………………………………………………………………………………………
2. data i miejsce ur. …………………………………….. PESEL…………………………………………………………………………...
3. szkoła ……………………………………………………………………………………………………..………klasa ………………….

**w celach związanych z działalnością Poradni wyrażam/nie wyrażam \* zgodę na:.**

1. Administratorem danych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Łapach.
2. Przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Łapach ul. Boh. Westerpaltte 8, 18-100 Łapy, w celu realizacji zadań diagnostycznych.
3. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 679/2016 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informuję, że Administratorem danych osobowych wskazanych we wniosku jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Łapach. Administrator informuje, że dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości korzystania z usług Poradni. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych 679/2016 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

…………………………………… ……………………………………………

data i miejsce podpis rodzica/opiekuna prawnego

\*niepotrzebne skreślić