

Słupsk, dnia

.....
imię i nazwisko rodzica lub prawnego opiekuna

.....
adres

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że zgodnie z Rozporządzeniem 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) i wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019.1781 t.j. ze zm)

wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojej córki/mojego syna*

..... ur.
(nazwisko i imię dziecka)

poprzez przekazanie przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną
w dokumentacji badań
do ***Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, 76-200 Słupsk, ul. Fabryczna 1.***

.....
(podpis rodziców lub opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić