

Warszawa, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 19
w miejscu

Proszę o **przeniesienie dokumentacji badań** psychologicznych mojego
syna/córki, ur.,
ucz. kl., Szkoły
z Poradni do Poradni

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r.
O Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Warszawa, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 19
w miejscu

Proszę o **przeniesienie dokumentacji badań** psychologicznych mojego
syna/córki, ur.,
ucz. kl., Szkoły
z Poradni do Poradni

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r.
O Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)