

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

Warszawa, dnia

Proszę o **przeniesienie dokumentacji badań** psychologicznych mojego dziecka

.....Nr PESEL

ur. W

zam.

uczeń szkoły....., kl.

z Poradni do Poradni

Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym dziecka.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych 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

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

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

Warszawa, dnia

Proszę o **przeniesienie dokumentacji badań** psychologicznych mojego dziecka

.....Nr PESEL

ur. W

zam.

uczeń szkoły....., kl.

z Poradni do Poradni

Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym dziecka.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych 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

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