

Toruń dnia

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

.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

**Pani Agnieszka Wyrwas
Dyrektor Kujawsko-Pomorskiego
Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego
w Toruniu**

WNIOSEK O DOKONANIE OCENY FUNKCJONOWANIA DZIECKA

Proszę o dokonanie oceny funkcjonowania mojego syna/córki.....
urodzonego/urodzonej dnia..... w
zamieszkałego/ zamieszkałej

.....
na podstawie badania w Specjalistycznym Punkcie Konsultacyjnym do spraw Wstępnej
Diagnozy Dzieci i Młodzieży.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez KPSOSW danych osobowych
zawartych w dokumentacji dziecka oraz zobowiązuję się do stawienia się na badanie
w terminie wyznaczonym przez placówkę/ specjalistów.

.....
Podpis rodzica/ prawnego opiekuna

Podstawa prawna: Rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) art.7 ust.2