

Data wpływu:

FORMULARZ UZUPEŁNIENIA DANYCH DO WNIOSKU O WYDANIE ORZECZENIA / OPINII

Na podstawie § 34 ust. 1 w związku z § 6 ust. 1 pkt 6 i 12, § 6 ust. 2 pkt 4, § 6 ust. 4 oraz § 6 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych.

I DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW DZIECKA LUB UCZNIĄ:

Rodzic / opiekun 1:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):

Rodzic / opiekun 2:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):

II WSKAZANIE WNIOSKODAWCÓW DO PRZEKAZANIA ORZECZENIA / OPINII:

Wskazuję, że oryginał orzeczenia/opinii ma zostać przekazane:

Rodzicowi / opiekunowi 1 lub Rodzicowi / opiekunowi 2

Drugi z wnioskodawców może wystąpić o wydanie kopii orzeczenia lub opinii, poświadczonej za zgodność z oryginałem przez dyrektora poradni lub upoważnioną przez niego osobę.

Występuję o wydanie kopii orzeczenia / opinii*

.....
data i podpis drugiego rodzica

III ZGODA NA PRZESŁANIE WYDANEGO ORZECZENIA / OPINII DO PLACÓWKI:

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

(Uwaga: brak zgody skutkuje pozostawieniem wniosku bez rozpoznania)

IV BRAK PODPISU DRUGIEGO RODZICA (jeżeli dotyczy):

dołączam dokument potwierdzający brak możliwości podpisu (akt zgonu, postanowienie sądowe dot. władzy rodzicielskiej)

lub

składam oświadczenie:

Nie jest możliwe uzyskanie podpisu drugiego rodzica z następującej przyczyny:

.....

„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”

.....
data i podpis wnioskodawcy

V PODPISY:

data i podpis rodzica / opiekuna:

data i podpis drugiego rodzica (jeżeli dotyczy):

***właściwe podkreślić**

Informujemy, że:

1. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Powiatowe Centrum Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej z siedzibą przy ul. Kajki 8, w Ełku.
2. Kontakt do Administratora: Telefon: +48 610 27 47, + 48 610 27 57, Email: pcpp-p@poczta.elk.pl, osobiście lub pisemnie na adres siedziby administratora.
3. Celem zbierania danych jest działalność statutowa Powiatowego Centrum Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej w Ełku.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
5. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do:
 - wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego,
 - wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania,
 - wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych,
 - wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju,
 - wydania opinii o wynikach badań psychologiczno – pedagogicznych
 - wydania innych opinii,

W przypadku niepodania danych realizacja działań wynikających ze złożonego wniosku nie będzie możliwa (realizacja celu np. wydanie opinii/orzeczenia/informacji o wynikach badań).

6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat w przypadku wydania opinii i 25 lat w przypadku wydanego orzeczenia, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
10. Każdemu którego dane są przetwarzane przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani / Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia.

Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na badanie diagnostyczne/poradę, konsultację w uzgodnionym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym poradni, wniosek nie będzie realizowany.

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

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