

Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego

.....
imię i nazwisko rodzica

.....
numer telefonu kontaktowego

Niniejszym potwierdzam, że wyrażam zgodę, na badanie w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ciechanowie zgodnie z obecnie obowiązującymi w placówce zasadami. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Komunikatu dla klientów Poradni w okresie stanu epidemii (zamieszczonego na stronie placówki www.pppciechanow.pl), przyjmuję do wiadomości treści w nim zawarte i zobowiązuję się do jego przestrzegania

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego

.....
(ewent. data i podpis pracownika Poradni, który zapoznał klienta z zasadami przyjęć)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 679/2016 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informuję, że Administratorem danych osobowych wskazanych przez e-mail przez Panią/Pana jest Dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ciechanowie z siedzibą w Ciechanów 06-400 ul. Wyzwolenia 10 A. Szczegółowe informacje znajdują się na stronie internetowej placówki www.pppciechanow.pl w zakładce RODO.