**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Biłgoraju**

ul. T. Kościuszki 41/43, 23-400 Biłgoraj, tel./fax: (84) 686 10 66

e-mail: pppbil@poczta.fm, strona www: http://www.ppp.lbl.pl

 Biłgoraj, dnia .................................

.......................................................

Imię i nazwisko wnioskodawcy

(rodzica/prawnego opiekuna \*)

.......................................................

Nr telefonu, adres poczty elektronicznej wnioskodawcy

**WNIOSEK**

**o zorganizowanie zajęć w ramach programu „Za życiem”**

Imię i nazwisko dziecka: ..................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia dziecka: ....................................................................................................................

PESEL: .............................................................................................................................................................

(w przypadku braku nr PESEL - seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka)

Miejsce zamieszkania dziecka: .........................................................................................................................

Nazwa i adres przedszkola/szkoły, grupa: .......................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów: ........................................................................................

...........................................................................................................................................................................

Miejsce zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów: ..................................................................................

............................................................................................................................................................................

(adres do korespondencji jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Informacje o zajęciach w innych placówkach (jeśli dziecko uczestniczy)........................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

Uzasadnienie wniosku: ......................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Załączniki do wniosku**:

1) Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju nr .............................................................................

z dnia ............................................ wydana przez .............................................................................................

............................................................................................................................................................................

(nazwa i adres poradni)

2) Inne dokumenty: ...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

.

 ..............................................................

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

*\* właściwe podkreślić*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowychi w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanym dalejRODO, **informujemy, że:**

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Biłgoraju, ul. Kościuszki 41/43, 23-400 Biłgoraj, nr tel.: (84) 686 10 66.

2. Prawidłowość przetwarzania danych nadzoruje Inspektor Ochrony Danych, kontakt: adres e-mail: iod@bilgorajski.pl.

3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu zrealizowania wniosku o zorganizowanie zajęć
w ramach programu „Za życiem” w szczególności na podstawie Ustawy z dnia 4 listopada 2016 r.
o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329), Uchwały nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M. P. poz. 1250), zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust. 2 lit. g) RODO.

4. Dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wniosku i do celów archiwizacji.

5. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu, złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

6. Podanie danych jest niezbędne do realizacji celu z punktu 3.

**Z pełną klauzula informacyjną można zapoznać się na stronie internetowej** [**www.ppp.lbl.pl**](http://www.ppp.lbl.pl) **w zakładce RODO.**