Data ………. …………………

…………………………………………………..

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

……………………………….……………………

(dokładny adres zamieszkania)

…………………….…………….

(nr tel. kontaktowego)

  **Dyrektor Poradni**

 **Psychologiczno–Pedagogicznej nr 1**

 **al. Papieża Jana Pawła II nr 2**

 **40-413 Szczecin**

**WNIOSEK**

**o przekazanie indywidualnej teczki**

 W związku z utratą właściwości polegającej na zmianie**\***:

* zakresu działania poradni;
* miejsca zamieszkania;
* przedszkola, szkoły, placówki

wnoszę o przekazanie indywidualnej teczki zawierającej dokumentację badań i czynności uzupełniających.

……………………………….….………………………………..

 (imię i nazwisko ucznia/dziecka; data urodzenia)

………………………………………………………………………………….

 (adres zamieszkania dziecka/pełnoletniego ucznia)

 (PESEL)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

do ….............................................................................................................................................

…...................................................................................................................................................

 …………………………………..

 (podpis wnioskodawcy)

\*właściwe podkreślić

Złożenie wniosku jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016r. poz.922).