



Człuchów, dnia 20 r.

.....
(imię i nazwisko osoby wnioskującej
o wydanie zaświadczenia)

.....
(adres)

.....
(kod pocztowy)

.....
(telefon kontaktowy)

W N I O S E K o wydanie kopii dokumentu

Proszę o wydanie kopii opinii, orzeczenia, zaświadczenia, inne *

.....
dotyczącej/ącego wyników badań/konsultacji/uczęszczania na terapię **córki/syna***

ur., zam.

w celu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i mojego dziecka (imienia i nazwiska, nr telefonu, adresu do korespondencji, daty urodzenia, adresu zamieszkania) celem wydania kopii dokumentu/ów.

Podanie powyższych danych jest dobrowolne, lecz ich niewskazanie będzie skutecznie utrudniało komunikację w sprawach bezpośrednio związanych z Państwa dzieckiem/pelnoletnim uczniem:

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie komunikatów informacyjnych za pośrednictwem krótkiej wiadomości tekstowej – SMS:

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z obowiązkiem informacyjnym administratora odnośnie przetwarzania danych osobowych:

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

