

.....
(miejsowość, data)

ZGODA NA PRZESIEWOWE BADANIE LOGOPEDYCZNE

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody
(niepotrzebne skreślić)

na przesiewowe badanie logopedyczne mojego dziecka:

.....
(imię, nazwisko, data urodzenia, grupa dziecka)

przeprowadzone na terenie Przedszkola nr 151 przez logopedę
panią Martę Wójcik w warunkach zagrożenia COVID-19.

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Po zapoznaniu się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych, na podstawie i zgodnie z treścią art. 6 ust. 1 lit. b, c - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.U. L 119 z 4.5.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka przez logopedę z Przedszkola nr 151 z siedzibą w Warszawie, przy ul. Zacisznej 3 w:

zakresie:

- danych dziecka (imię, nazwisko, data urodzenia, wynik przesiewowego badania logopedycznego),
- moich danych (imię i nazwisko);

celu:

- przeprowadzenia logopedycznego badania przesiewowego;

okresie:

- całego pobytu mojego dziecka w Placówce.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)