…………………………………………………….

 Imię i nazwisko dziecka/klienta

…………………………………………………….

 Data urodzenia dziecka/klienta

…………………………………………………….

 Placówka do której uczęszcza

…………………………………………………….

Imię i Nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

…………………………………………………….

Mail / nr telefonu do kontaktu

**OŚWIADCZENIE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych; dalej RODO), oraz ustawy z dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych w celu przeciwdziałania COVID-19 oświadczam, że na **czas ogłoszonego stanu epidemii wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku /mnie\* pomocy psychologiczno-pedagogicznej przez specjalistę Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr5 w Katowicach z wykorzystaniem środków nowoczesnej technologii (TIK).**

Katowice, ………………………. ………………………………………….

 Podpis rodzica/ opiekuna prawnego lub pełnoletniego klienta (ucznia)

\*Właściwe podkreślić