……………………………

 *(miejscowość/ data)*

**WNIOSEK**

**O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTÓW**

………………………………..

 (imię i nazwisko)

…………………………………………….

 (adres zamieszkania)

…………………………………………….

 (PESEL)

 **Poradnia**

 **Psychologiczno-Pedagogiczna**

**w Ustrzykach Dolnych**

Proszę o wydanie kserokopii dokumentów:

**……………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………**

Poświadczonych za zgodność z oryginałem \*

Nie poświadczonych za zgodność z oryginałem \*

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTÓW**

Do odbioru dokumentów upoważniam……………………………………………………………………………………….…

 (imię i nazwisko, adres zamieszkania)

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

legitymującego się…………………………………………………………………………………………………

 (seria i nr dowodu osobistego lub PESEL)

***Wyrażam zgodę*** *na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2018 poz. 1000, 1669). Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y iż Administratorem Danych Osobowych będzie Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna z siedzibą ul. Pionierska 10, 38-700 Ustrzyki Dolne. Oświadczam, iż podane dane osobowe są zgodne z prawdą, zostały podane dobrowolnie i przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych, ich zmiany oraz prawo kontroli co do ich przetwarzania.*

 ……………………………………………………………..

 *(czytelny podpis)*

Potwierdzam odbiór kserokopii…………………………………………………………………

 (data i podpis)

\*Niepotrzebne skreślić