



Specjalistyczna Poradnia Profilaktyczno- Terapeutyczna w Tarnobrzegu

www: sppt.tarnobrzeg.pl
33-100 Tarnobrzeg, ul. J. Szuskiego 25

e-mail: sekretppt@umt.tarnobrzeg.pl
tel. 14 622-27-96 lub 14 636-27-96

..... (pieczęć placówki medycznej)

.....
Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia ucznia
dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Specjalistycznej Poradni Profilaktyczno - Terapeutycznej w Tarnobrzegu

Imię i nazwisko, ur.
Miejsce zamieszkania

Część A

Wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie, tj. dot. kształcenia specjalnego albo indywidualnego nauczania albo zajęć rewalidacyjno wychowawczych.

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia (choroba główna oraz choroby współwystępujące, a także oznaczenie alfanumeryczne – zgodnie z ICD)

.....
.....
.....
.....

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

.....
.....
.....
.....
.....

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Część B

Wypełnia się tylko dla uczniów ubiegających się o indywidualne nauczanie

1. Stwierdzenie, czy uczeń wymaga indywidualnego nauczania (proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

TAK

NIE

2. Uzasadnienie w przypadku stwierdzenia, że uczeń wymaga indywidualnego nauczania tj. wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu których uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie ograniczoną zdolność uczęszczania do szkoły.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. W przypadku ucznia szkoły prowadzącej szkolenie w zawodzie określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu wydane przez lekarza medycyny pracy.

.....
.....

4. Określenie czasu (nie krótszy niż 30 dni), w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia (właściwe podkreślić) uczęszczanie do szkoły.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Zapoznałam/em się z opinią.
(podpis rodzica/ów, opiekuna prawnego lub pełnoletniego ucznia)

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH RODZICÓW / PRAWNYCH OPIEKUNÓW / PEŁNOLETNIEGO UCZNIA Ja, niżej podpisany/a

Oświadczam, że zapoznałem się z poniższą klauzulą informacyjną: Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO* oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.) informujemy, że:

1. Administratorem Twoich danych osobowych oraz danych Twojego dziecka/podopiecznego jest Specjalistyczna Poradnia Profilaktyczno – Terapeutyczna, ul. Szujskiego 25, 33-100 Tarnów, tel. 14 6222796 (dalej: Poradnia).

2. Z administratorem danych osobowych można skontaktować się za pośrednictwem inspektora ochrony danych osobowych, pisząc na adres poczty elektronicznej: sekretsppt@umt.tarnow.pl, dzwoniąc pod nr tel. 14 6222796, bądź za pomocą poczty tradycyjnej, pisząc na adres Specjalistyczna Poradnia Profilaktyczno – Terapeutyczna, ul. Szujskiego 25, 33-100 Tarnów.

3. Dane osobowe zawarte we wniosku będą przetwarzane w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych Poradni na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a 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) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) oraz Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.). 4. W niektórych sytuacjach mamy prawo przekazywać dane Twoje oraz Twojego dziecka/podopiecznego dalej – jeśli jest to konieczne, abyśmy mogli wykonywać nasze zadania. Możemy przekazywać dane Twoje oraz Twojego dziecka/podopiecznego w szczególności następującym odbiorcom: a) osobom upoważnionym przez nas – naszym pracownikom i współpracownikom, którzy muszą posiadać dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki, b) podmiotom przetwarzającym – którym zlecimy czynności przetwarzania danych, c) innym odbiorcom danych np. lekarzowi, kuratorowi, sędziemu, d) podmiotom przetwarzającym w celu wykonywania czynności technicznych związanych z eksploatacją systemu elektronicznego wykorzystywanego w Poradni, e) instytucjom upoważnionym z mocy prawa. 5. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegać podejmowaniu zautomatyzowanych decyzji, w tym będących wynikiem profilowania (tj. zbieraniu informacji o odbiorcy na podstawie jego zachowań w sieci). 6. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych Twoich lub Twojego dziecka/podopiecznego do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. 7. Masz prawo zwrócić się do nas z żądaniem dostępu do danych osobowych Twoich lub Twojego dziecka/podopiecznego, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych. Możesz wycofać też zgodę na przetwarzanie danych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej cofnięciem. 8. Masz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (w rozumieniu RODO) dotyczącą przetwarzania danych osobowych Twoich lub Twojego dziecka/podopiecznego do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznasz, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych. 9. Dane Twoje oraz Twojego dziecka/podopiecznego po zrealizowaniu celu pierwotnego, dla którego zostały zebrane, o jakim była mowa wcześniej, będą przetwarzane dla celów archiwalnych przez okres zgodny z obowiązującymi u nas przepisami archiwalnymi. 10. Podanie przez Ciebie danych osobowych jest warunkiem ustawowym. Ich podanie jest dobrowolne, lecz ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości uczestnictwa w realizacji zadań ustawowych i statutowych Poradni (tj. np. odmową przyjęcia wniosku do realizacji). *RODO - Rozporządzenie 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.

Czy wyrażasz zgodę na przetwarzanie Twoich, Twojego dziecka/podopiecznego danych osobowych zamieszczonych w niniejszym wniosku przez Specjalistyczną Poradnię Profilaktyczno – Terapeutyczną, ul. Szujskiego 25 w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych Poradni? (zaznaczyć właściwe)

☐ TAK

☐ NIE

Miejscowość, data Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia

