**Poufne**

**Wniosek o integrację usług**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka:** | **Kennitala:** | **Adres:** | **E-mail:** | **Telefon:** |
|  |  |  |  |  |
| ☐ Dziecko ma dwóch opiekunów prawnych☐ Dziecko ma jednego opiekuna prawnego |
| **Opiekun prawny A:** | **Kennitala:** | **Adres:** | **E-mail:** | **Telefon:** |
|  |  |  |  |  |
| **Opiekun prawny B:** | **Kennitala:** | **Adres:** | **E-mail:** | **Telefon:** |
|  |  |  |  |  |

Podpisując niniejszy wniosek, potwierdzam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, czym jest integracja usług i z czym się wiąże niniejszy wniosek. Zostałem/am również poinformowany/a o sposobie przetwarzania danych osobowych względem niniejszego wniosku.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis opiekuna prawnego A:** | **Data** |
| **Podpis opiekuna prawnego B, jeśli dotyczy:** | **Data** |
| **Podpis dziecka, jeśli dotyczy:**  | **Data:** |

|  |
| --- |
| **Koordynator usług, kierownik wsparcia, jeśli dotyczy:** |