



**ŽIADOSŤ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU  
O PSYCHOLOGICKÉ, ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÉ  
VYŠETRENIE A PORADENSTVO  
INFORMOVANÝ SÚHLAS**

---

**Meno a priezvisko klienta:**

---

Dátum narodenia:	Rodné číslo:	Národnosť:
Adresa trvalého pobytu:		
PSČ:	Okres:	
Adresa prechodného pobytu:		
PSČ:	Okres:	
Škola:	Trieda:	

---

**Zákonný zástupca:**

---

Tel. č.:	E-mail:
----------	---------

---

<b>Diagnostika</b> (platné označte x)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
<b>Rediagnostika</b>	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
<b>Absolvovali ste už vyšetrenie v inej poradni?</b>	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie

Dôvody vyšetrenia:

- Zistenie školskej pripravenosti dieťaťa
- Problémy v učení
- Problémy v správaní
- Osobnostné problémy
- Nadanie
- Kariérne poradenstvo
- Iné

---

Ako zákonný zástupca dieťaťa, ktorá žiada o odborné vyšetrenie v CPPP a P vyhlasujem, že na základe informácií, ktoré mi poskytol odborný zamestnanec:

- Súhlasím s odborným vyšetrením a poradenstvom môjho dieťaťa v CPPP a P.
- Dobrovoľne poskytnem osobné údaje dieťaťa i moje osobné údaje, pretože sú potrebné k odbornému vyšetreniu.



- Zároveň vyhlasujem, že dobrovoľne poskytnem všetky dôležité údaje z doterajšieho vývinu môjho dieťaťa, pretože si uvedomujem, že sú nevyhnutné, ak sa má dospieť k zodpovednému a kvalitnému riešeniu mnou uvádzaného problému.
- Potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á odborným zamestnancom o účele, metódach vyšetrenia, spôsobe poskytnutia výsledkov odborného vyšetrenia a v plnej miere som informáciám o nich porozumel/a.
- Súhlasím s tým, aby bolo moje dieťa, resp. moja osoba účastníkom stretnutí potrebných pre odborné vyšetrenie a inú odbornú pomoc poskytovanú odbornými zamestnancami CPPPaP, ktoré sú zamerané na optimalizáciu osobnostného a vzdelávacieho vývinu môjho dieťaťa.
- Súhlasím s tým, aby odborný zamestnanec CPPPaP rozhodol o prítomnosti zákonného zástupcu alebo inej osoby na vyšetrení môjho dieťaťa.
- Súhlasím s prípadnými odbornými konzultáciami s ďalšími odborníkmi – špeciálny pedagóg, logopéd, neurológ, klinický psychológ, psychiater... (platné označte x)  
 áno  nie
- Súhlasím so zaslaním správy z vyšetrenia do školy  áno  nie

Osobné údaje uvedené v „ŽIADOSTI ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU O PSYCHOLOGICKÉ, ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÉ VYŠETRENIE A PORADENSTVO“, vrátane príloh sú spracovávané **Centrom pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie** ako prevádzkovateľom, v súlade s platnou právnou úpravou zo zákonných dôvodov podľa Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a zmene a doplnení niektorých zákonov, na základe zákonného právneho základu, ktorý je presne uvedený na stránke <http://www.centrumhc.sk/gdpr> za účelom, ktorý je predmetom tejto žiadosti. Doba platnosti spracúvania sa viaže na dobu trvania preukázateľného účelu spracúvania osobných údajov dotknutej osoby. Údaje budú uchovávané po dobu stanovenú registratúrnym poriadkom v zmysle platnej legislatívy a po uplynutí príslušných lehôt budú zlikvidované. Dotknutá osoba môže od prevádzkovateľa požadovať prístup k jej osobným údajom, má právo na ich opravu, právo namietat' proti spracúvaniu, ak spracúvanie osobných údajov je nezákonné na základe rozhodnutia úradu na ochranu osobných údajov alebo iného orgánu príslušného na rozhodnutie o nezákonnom spracúvaní ako aj právo podať sťažnosť dozornému orgánu. Predmetné práva si dotknutá osoba môže uplatniť písomne dorúčením žiadosti na adresu: Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, P.O.BOX 113, Fraštická 4, 920 01 Hlohovec, Slovenská republika, alebo osobne. Podrobnejšie informácie o ochrane osobných údajov sú na webovej stránke: <http://www.centrumhc.sk/>

V Hlohovci, dňa

---

žiadosť zapísal

---

podpis  
zákonného zástupcu

---

koordinátor klienta