



**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: _____

Diagnostika (platné označte x) áno nie

Rediagnostika áno nie

Absolvovali ste už vyšetrenie v inej poradni? áno 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.
- Potvrďujem, 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 podľa rozhodnutia vyšetrujúceho (napr. pedagóg, logopéd, neurológ, psychológ, psychiater a ďalší).
(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 spracovávania 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 namietať 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

vyšetruje

Koordinátor klienta: