



Súkromné centrum poradenstva a prevencie, Dolný Smokovec 16021, 059 81 Vysoké Tatry

Číslo dokumentu:

Dátum:

Žiadosť o vyšetrenie; Informovaný súhlas s psychologickým, špeciálno-pedagogickým vyšetrením a odbornou starostlivosťou dieťaťa; Súhlas so spracovaním osobných údajov

Žiadam Vás o vyšetrenie môjho dieťaťa a zároveň informovane súhlasím s psychologickým, špeciálno-pedagogickým vyšetrením a následným poskytovaním odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu v zmysle Vyhlášky MŠ SR č.325/2008 o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie a v zmysle § 2, pís. y) zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní.

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á s tým, že v Súkromnom centre poradenstva a prevencie vo Vysokých Tatrách z dôvodu poskytovania psychologickéj, špeciálno-pedagogickej, a inej odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu budú spracúvané osobné údaje za účelom poskytovania odbornej starostlivosti, najviac na dobu ukončenia prípravy na povolanie v zmysle zákona, na základe § 13 ods. 1 písm. c) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v rozsahu uvedenom v § 11, ods.(6), pís. a), b) zákona č. 245/2008 Z. z o výchove a vzdelávaní.

Meno dieťaťa:

Dátum narodenia:

Bydlisko:

Miesto narodenia:

Škola:

Rodné číslo:

Meno rodiča:

Trieda:

Prosím o zaslanie správy z vyšetrení:	do školy*	domov*
Súhlasím so zaslaniem správy z diagnostických vyšetrení lekárovi, resp. iným spolupracujúcim odborníkom:	súhlasím*	nesúhlasím*
Súhlasím s kopírovaním a uložením správ z vyšetrení zo zdravotného záznamu dieťaťa, ktoré sú nevyhnutné pre poskytovanie odbornej starostlivosti:	súhlasím*	nesúhlasím*

*Nehodiace sa škrtnite

Potvrdzujem, že v rámci poskytnutia informovaného súhlasu som bol(a) oboznámený(á) so svojimi právami a bolo mi dané poučenie o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia odbornej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia psychologickéj a špeciálno-pedagogickej starostlivosti. Som si vedomý(á), že svoj súhlas môžem kedykoľvek slobodne odvolať.

Poučenie mi bolo podané zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku s možnosťou slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas. Pri podpisovaní tohto súhlasu nemám žiadne otázky.

Dňa: _____

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: _____

V: **Poprade** _____

podpis zákonného zástupcu: _____

Tento dokument dostanú:

1. zákonný zástupca klienta
2. k spisu



Súkromné centrum poradenstva a prevencie, Dolný Smokovec 16021, 059 81 Vysoké Tatry

Čestné vyhlásenie pre zber údajov

Podľa § 7a ods. 5 písm. d) zákona č. 325/2012 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 597/2003 Z.z. o financovaní základných škôl, stredných škôl a školských zariadení.

Týmto čestne prehlasujem, že moje dieťa:

dátum a miesto
narodenia:

Adresa trvalého
pobytu:

nie je evidované ako klient žiadneho iného Centra poradenstva a prevencie a pre účely zberu údajov na účely rozdeľovania a poukazovania výnosu dane obciam môže byť zaevidované v SCPaP Dolný Smokovec 16021, Vysoké Tatry. Súhlas na započítanie do zberu údajov sme poskytli len jednému SCPaP.

Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa:

Adresa trvalého pobytu (ak je iná ako u dieťaťa):

Kontaktný údaj (telefón, e-mail):

Dňa:

podpis zákonného zástupcu

Správu z odborného vyšetrenia prevzal/a:

dňa