



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 pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie vo Vysokých Tatrách z dôvodu poskytovania psychologickkej, špeciálno-pedagogickkej, 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 psychologickkej a špeciálno-pedagogickkej 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



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 pedagogicko – psychologického poradenstva a prevencie a pre účely zberu údajov na účely rozdeľovania a poukazovania výnosu dane obciam môže byť zaevidované v SCPPPaP Dolný Smokovec 21, Vysoké Tatry. Súhlas na započítanie do zberu údajov sme poskytli len jednému SCPPPaP.

Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa:

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

Kontaktný údaj (telefón, e-mail):

Dňa:

podpis zákonného zástupcu

V dôsledku vzniknutej epidemiologickej situácie a v snahe zabezpečiť bezpečnosť Vás, ako aj odborných zamestnancov, si Vás žiadame o vyjadrenie k nasledujúcim skutočnostiam. Zároveň Vás chceme informovať, že žiaden z našich zamestnancov, s ktorým sa dostanete Vy, resp. Vaše dieťa do kontaktu, si nie je vedomý/á vlastnej nákazy vírusom COVID-19, ani nemá žiadne príznaky ochorenia COVID-19.

Zákonný zástupca klienta / klient nad 18 rokov		Klient do 18 rokov	
, tel.:		, nar.:	
Ja, alebo iný rodinný príslušník cestoval/bol v zahraničí (posledné 2 týždne)			
áno	nie		
Bol som v kontakte s osobou pozitívnu na COVID-19		Moje dieťa bolo v kontakte s osobou pozitívnu na COVID-19	
áno	nie	áno	nie
Ja, alebo iný rodinný príslušník je v karanténe			
áno	nie		
Mám zvýšenú teplotu nad 37 °C ¹		Moje dieťa má zvýšenú teplotu nad 37 °C *	
áno	nie	áno	nie
Pociťujem škriabanie v hrdle (bolesť hrdla)		Pociťuje škriabanie v hrdle (bolesť hrdla)	
áno	nie	áno	nie
Pociťujem bolesť hlavy		Pociťuje bolesť hlavy	
áno	nie	áno	nie
Pociťujem kašeľ		Pociťuje kašeľ	
áno	nie	áno	nie
Pociťujem neobvyklú únavu		Pociťuje neobvyklú únavu	
áno	nie	áno	nie

Ja, dolu podpísaný/-á, čestne vyhlasujem, že údaje, ktoré som poskytol/-a sú pravdivé. Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som si plne vedomý/á vyššie uvedených zdravotných rizík, ktoré mi hrozia pri pobyte v tomto zariadení a o ktorých som bol/a vopred dôkladne informovaný/á. Som si vedomý/-á právnych následkov plynúcich z uvedenia nepravdivých údajov v mojom čestnom vyhlásení (§ 163 a § 164 Trestného zákona - Šírenie nebezpečnej nakažlivej ľudskej choroby, spáchanej priamym úmyslom, alebo formou nebanlivosti).²

dátum

podpis klienta, resp. zákonného zástupcu

Údaje zosnímal/a

¹ Odmeraná pri vstupe do zariadenia

² Osobné údaje dotknutej osoby (ďalej len „klient“) sú spracúvané prevádzkovateľom bez potreby súhlasu klienta podľa Čl. 6 ods. 1 písm. c) 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, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov). Prevádzkovateľ poskytuje osobné údaje klienta/zákonného zástupcu klienta nasledovným príjemcom: osobám vymenovaným v § 24 ods. 4 a § 25 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. Podľa § 22 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. prevádzkovateľ uchováva osobné údaje klienta 20 rokov od posledného poskytnutia odbornej starostlivosti klientovi. Klient má zachované práva vymenované vo všeobecnom nariadení o ochrane osobných údajov a zákone č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, okrem práva na vymazanie osobných údajov, práva namietať spracúvanie osobných údajov, práva na prenosnosť osobných údajov. Poskytovanie osobných údajov klientom/zákonným zástupcom klienta za účelom poskytovania odbornej starostlivosti je zákonnou požiadavkou. Následkom neposkytnutia osobných údajov môže byť odmietnutie poskytnutia odbornej starostlivosti.