



Súkromné centrum poradenstva a prevencie
Františkánska 7445/5
91701 Trnava

Číslo dokumentu:

Dátum:

Žiadosť o vyšetrenie – depistáž čitateľských zručností Informovaný súhlas s depistážou čitateľských zručností a odbornou starostlivosťou dieťaťa

Súhlas so spracovaním osobných údajov

Žiadam Vás o depistáž čitateľských zručností môjho dieťaťa a zároveň informovane súhlasím so 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)zákonač.245/2008Z.z. o výchove a vzdelávaní.

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á s tým, že v Súkromnom centre poradenstva a prevencie v Trnave z dôvodu poskytovania psychologickéj, špeciálno-pedagogickej, a inej odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu budú spracúvané osobné údaje za účelom poskytovania odbornej starostlivosti, najviac na dobu 1 roka, v zmysle zákona,nazáklade§13 ods.1 písm.c)zákonač.18/2018Z.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:	_____
Tel. č. rodiča	_____		_____

Súhlasím s depistážou čitateľských zručností	súhlasím*	nesúhlasím*
Súhlasím so zaslaním správy z depistáže do školy	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: _____ podpis zákonného zástupcu: _____

Tento dokument ostáva súčasťou spisu klienta v SCPP



Súkromné centrum poradenstva a prevencie
Františkánska 7445/5
91701 Trnava

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 Súkromného centra poradenstva a prevencie a pre účely zberu údajov na účely rozdeľovania a poukazovania výnosu dane obciam môže byť zaevidované v SCPP Františkánska 5, Trnava. Súhlas na započítanie do zberu údajov sme poskytli len jednému SCPP.

Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa:

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

Kontaktný údaj (telefón, e-mail):

Dňa:

podpis zákonného zástupcu