



Súkromné centrum poradenstva a prevencie

Františkánska 7445/5

91701 Trnava

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 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) 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 v Trnave z dôvodu poskytovania psychologickkej, špeciálno-pedagogickkej, a inej odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu budú spracúvané osobné údaje za účelom poskytovania odbornej starostlivosti, najviac po dobu ukončenia prípravy na povolanie v zmysle zákona, na základe §13 ods.1 písm.c) zákonač.18/2018Z.z. o ochrane osobných údajov v rozsahu uvedenom v §11,ods.(6),pís.a), b)zákonač.245/2008Z.z o výchove a vzdelávaní.

Meno dieťaťa:

Dátum narodenia:

Bydlisko:

Miesto narodenia:

Škola:

Rodné číslo:

Meno rodiča:

Trieda:

Tel. č. rodiča:

Súhlasím s odborným vyšetrením	súhlasím*	nesúhlasím*
Prosím o zaslanie správy z vyšetrení:	do školy*	domov*
Súhlasím so zaslaním 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: _____ 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):

Dňa:

podpis zákonného zástupcu