Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, Lichnerova 22, 903 01 Senec,

tel. 02/45926708, e-mail: riaditel@poradnasenec.sk\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Žiadosť o  vyšetrenie**

Dotknutá osoba – zákonný zástupca ................**Meno a priezvisko rodiča**......................................................

Dieťa/žiak/žiačka...........**Meno a priezvisko dieťaťa**.......................nar.: **povinné** RČ: .... **povinné**....................

 (meno, priezvisko)

žiak/žiačka MŠ ZŠ SŠ v ....... **MŠ -** .............................................. ročník: .................................................

Adresa trvalého bydliska......... **Adresa bydliska**..............................................................................PSČ:....**povinné.**....

Tel.č.: .......... **povinné** .................................e-mail: .......... **ak sa používa, napísať**.................. bude poskytnutá:

|  |  |
| --- | --- |
| psychologická starostlivosťi1:(dátum) ...................................................... | (podpis) ........................................................ |
| špeciálno-pedagogická starostlivosť2:(dátum)........................................... | (podpis).......................................................... |
| logopedická starostlivosť3:(dátum)  | (podpis)........................................................... |
| liečebno – pedagogická starostlivosť4: (dátum)  | (podpis) .......................................................... |
| sociálno-pedagogická starostlivosti5: (dátum ) ........................................ | (podpis) ............................................................. |
| profesionálna orientácia dieťaťa6 (dátum): .............................................. | (podpis) ............................................................. |
| konzultácia s odborníkom7 (dátum) ................. **dátum** ..........................(pedagóg, neurológ, dets. psychiater, iný) | (podpis) ................. **podpis** ................................. |
|  |  |
| vyžiadanie údajov z karty klienta8 (dátum) .............................................z iného CPPPaP  | (podpis) ............................................................ |
|  |  |
| iné9 (dátum) .......... **školská zrelosť**..................................................... | (podpis) ................ **podpis** ............................. |
|

|  |
| --- |
| Uveďte stručne ťažkosti dieťaťa:  |

 |

***\*Prehlasujem, že som bol oboznámený ako dotknutá osoba s informáciou o spracovaní osobných údajov Centrom pedagogicko-psychologického poradenstva v Senci, Lichnerova 22 (zverejnenými na*** [***www.poradnasenec.sk/ochrana***](http://www.poradnasenec.sk/ochrana) ***údajov).***

Dátum:............. **vyplniť** ................................ Podpis............................ **podpis** ..............................

**Súhlas dotknutej osoby**

v zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov

a o zmene a doplnení niektorých zákonov

pre prevádzkovateľa: Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, Lichnerova 22, 90301 Senec

Ja, podpísaný (meno a priezvisko): ........... **Meno a priezvisko rodiča** .........................................................

Bydlisko: ......................... **Aresa bydliska** ....................................................................................................

zákonný zástupca dieťaťa:...... **meno a priezvisko dieťaťa** ................... nar. .............. **povinné** ....................

**SÚHLASÍM:**

1. **s poskytnutím a spracovaním údajov uvedených v Žiadosti o psychologické vyšetrenie pre účely objednania môjho syna/dcéru na odborné psychologické vyšetrenie telefonicky**

 **** ÁNO  NIE

2. **so zasielaním písomnej správy z vyšetrenia poštou**

* na adresu trvalého bydliska  ÁNO  NIE
* na adresu školy dieťaťa **** ÁNO  NIE
* **osobné prevzatie**  ÁNO  NIE

Môj súhlas je dobrovoľný1 a trvá počas obdobia návštevy CPPPaP menovaného žiaka. Zároveň som bol oboznámený so spracovaním osobných údajov v súlade s Nariadením 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.

Dátum: **vyplniť**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**podpis rodiča**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zákonného zástupcu

**vyplniť v prípade rozvedených rodičov**

2. **Prehlasujem, že nakoľko je t. č. dieťa v mojej starostlivosti, som si vedomý a súhlasím s povinnosťou oboznámiť druhého zákonného zástupcu dieťaťa (otca, matku) dieťaťa o poskytovanej psychologickej (špeciálnopedagogickej starostlivosti, ..................................................................................) a ich výsledkoch**

  ÁNO  NIE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**podpis rodiča**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum: **vyplniť** vlastnoručný podpis zákonného zástupcu

Môj súhlas je dobrovoľný1 a trvá počas obdobia návštevy CPPPaP menovaného žiaka. Zároveň som bol oboznámený so spracovaním osobných údajov v súlade s Nariadením 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 V zmysle § 14 ods. 3 zákona č. 18/2018 Z. z. Dotknutá osoba má právo kedykoľvek odvolať súhlas so spracovaním osobných údajov, ktoré sa jej týkajú. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov založenom na súhlase pred jeho odvolaním; pred poskytnutím súhlasu musí byť dotknutá osoba o tejto skutočnosti informovaná. Dotknutá osoba môže súhlas odvolať rovnakým spôsobom akým súhlas udelila.