

Prihláška na logopedickú depistáž

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Doterajšie vyšetrenia, terapie (zaškrtnite):

ORL, foniater, neurológ, psychológ, psychiater, iné

Meno a trvalé bydlisko zákonného zástupcu dieťaťa:

.....

Tel: E-mail:

Logopedické vyšetrenie žiada – odporúča (zaškrtnite):

rodič, učiteľ, lekár, niekto iný (uvedte, kto)

Súhlas zákonného zástupcu dieťaťa

v zmysle § 2 písm. y) zákona č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

*Podčiarknite zvolenú možnosť

Súhlasím/nesúhlasím* s **logopedickou depistážou**

môjho syna/dcéry narodeného/nej

SÚHLAS DOTKNUTEJ OSOBY

(v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z.o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov)

Dolupodpísaný/-á:,

zákonný zástupca dieťaťa:, narodeného:

dávam Súkromnému centru špeciálnopedagogického poradenstva LOGaDYS (ďalej len „SCŠPP LOGaDYS“) súhlas na evidovanie a spracúvanie jeho osobných údajov za účelom poskytovania logopedickej starostlivosti môjmu dieťaťu. Súhlas na spracúvanie osobných údajov pre účely vymenované vyššie, udeľujem na obdobie, v ktorom je moje dieťa evidovaným klientom v SCŠPP LOGaDYS.

Spracúvanie osobných údajov sa riadi nariadením EPaR EÚ č. 2016/679 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) a zákonom SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Som si vedomý svojich práv, ktoré v § 19 až § 30 zákona č. 18/2018 Z. z. upravujú povinnosti prevádzkovateľa pri uplatňovaní práv dotknutých osôb.

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

Som si vedomý/á/, že svoj súhlas môžem kedykoľvek slobodne odvolať.

V..... dňa

Podpis rodiča: