



**ŽIADOSŤ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCOV
O PSYCHOLOGICKÉ, ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÉ,
FYZIOTERAPEUTICKÉ VYŠETRENIE A PORADENSTVO
INFORMOVANÝ SÚHLAS**

Meno a priezvisko klienta:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Adresa trvalého pobytu, alebo adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava:

PSČ:

Okres:

Škola:

Trieda:

Zákonní zástupcovia alebo poručník:

Adresa:

PSČ:

Okres:

Tel. č.:

E-mail:

Diagnostika (platné označte x)

áno

nie

Rediagnostika

áno

nie

Fyzioterapia

áno

nie

Absolvovali ste už vyšetrenie v inej CPP/ŠCPP?

áno

nie

Dôvody vyšetrenia:

- Zistenie školskej pripravenosti dieťaťa
- Vyjadrenie k prijatiu dieťaťa so ŠVVP do MŠ
- Problémy v učení
- Problémy v správaní
- Osobnostné problémy
- Nadanie
- Kariérne poradenstvo
- Fyzioterapeutická intervencia na odporúčanie neurológa
- Fyzioterapeutická intervencia na odporúčanie ortopéda
- Iné

Ako zákonní zástupcovia dieťaťa, ktorí žiadame o odborné vyšetrenie v CPP vyhlasujeme, že na základe informácií, ktoré nám poskytol odborný zamestnanec:

- Súhlasíme s odborným vyšetrením a poradenstvom nášho dieťaťa v CPP.



- Dobrovoľne poskytneme osobné údaje dieťaťa i naše osobné údaje, pretože sú potrebné k odbornému vyšetreniu.
- Zároveň vyhlasujeme, že dobrovoľne poskytneme všetky dôležité údaje z doterajšieho vývinu nášho dieťaťa, pretože si uvedomujeme, že sú nevyhnutné, ak sa má dospieť k zodpovednému a kvalitnému riešeniu nami uvádzaného problému.
- Potvrďujeme, že sme boli oboznámení odborným zamestnancom o účele, metódach vyšetrenia, spôsobe poskytnutia výsledkov odborného vyšetrenia a v plnej miere sme informáciám o nich porozumeli.
- Súhlasíme s tým, aby bolo naše dieťa, resp. moja osoba účastníkom stretnutí potrebných pre odborné vyšetrenie a inú odbornú pomoc poskytovanú odbornými zamestnancami CPP, ktoré sú zamerané na optimalizáciu osobnostného a vzdelávacieho vývinu nášho dieťaťa. Netýka sa detí zaradených len do fyzioterapeutickej intervencie.
- Súhlasíme s tým, aby odborný zamestnanec CPP rozhodol o prítomnosti zákonného zástupcu alebo inej osoby na vyšetrení nášho dieťaťa.
- Súhlasíme s prípadnými odbornými konzultáciami s ďalšími odborníkmi podľa rozhodnutia vyšetrujúceho (napr. pedagóg, logopéd, psychológ, psychiater, neurológ, ortopéd a ďalší).
(platné označte x) áno nie
- Súhlasíme so zaslaním správy z vyšetrenia do školy áno nie

Osobné údaje uvedené v „ŽIADOSTI ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCOV O PSYCHOLOGICKÉ, ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÉ, FYZIOTERAPEUTICKÉ VYŠETRENIE A PORADENSTVO“, vrátane príloh sú spracovávané **Centrom poradenstva a prevencie** ako prevádzkovateľom, v súlade s platnou právnou úpravou zo zákonných dôvodov podľa 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 a zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a zmene a doplnení niektorých zákonov, na základe zákonného právneho základu, ktorý je presne uvedený na stránke <http://www.cpphc.sk/GDPR> za účelom, ktorý je predmetom tejto žiadosti. Doba platnosti spracovania sa viaže na dobu trvania preukázateľného účelu spracovania osobných údajov dotknutej osoby. Údaje budú uchovávané po dobu stanovenú registratúrnym poriadkom v zmysle platnej legislatívy a po uplynutí príslušných lehôt budú zlikvidované. Dotknutá osoba môže od prevádzkovateľa požadovať prístup k jej osobným údajom, má právo na ich opravu, právo namietať proti spracovaniu, ak spracovanie osobných údajov je nezákonné na základe rozhodnutia úradu na ochranu osobných údajov alebo iného orgánu príslušného na rozhodnutie o nezákonnom spracovaní ako aj právo podať sťažnosť dozornému orgánu. Predmetné práva si dotknutá osoba môže uplatniť písomne doručením žiadosti na adresu: Centrum poradenstva a prevencie, Fraštická 4, 920 01 Hlohovec, Slovenská republika, alebo osobne. Podrobnejšie informácie o ochrane osobných údajov sú na webovej stránke: <http://www.cpphc.sk/>

V Hlohovci, dňa

žiadosť zapísal

podpisy
zákonných zástupcov

vyšetruje

Koordinátor klienta: