



**ŽIADOSŤ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU  
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:

**Zákonný zástupca 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

Problémy v učení

Problémy v správaní

Osobnostné problémy

Nadanie

Kariérne poradenstvo

Fyzioterapeutická intervencia na odporúčanie neurológa

Fyzioterapeutická intervencia na odporúčanie ortopéda

Iné

Ako zákonný zástupca dieťaťa, ktorá žiada o odborné vyšetrenie v CPP vyhlasujem, že na základe informácií, ktoré mi poskytol odborný zamestnanec:

- Súhlasím s odborným vyšetrením a poradenstvom môjho dieťaťa v CPP.



- Dobrovoľne poskytnem osobné údaje dieťaťa i moje osobné údaje, pretože sú potrebné k odbornému vyšetreniu.
- Zároveň vyhlasujem, že dobrovoľne poskytnem všetky dôležité údaje z doterajšieho vývinu môjho dieťaťa, pretože si uvedomujem, že sú nevyhnutné, ak sa má dospieť k zodpovednému a kvalitnému riešeniu mnou uvádzaného problému.
- Potvrďujem, že som bol/a oboznámený/á odborným zamestnancom o účele, metódach vyšetrenia, spôsobe poskytnutia výsledkov odborného vyšetrenia a v plnej miere som informáciám o nich porozumel/a.
- Súhlasím s tým, aby bolo moje 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 môjho dieťaťa. Netyka sa detí zaradených len do fyzioterapeutickej intervencie.
- Súhlasím s tým, aby odborný zamestnanec CPP rozhodol o prítomnosti zákonného zástupcu alebo inej osoby na vyšetrení môjho dieťaťa.
- Súhlasím s prípadnými odbornými konzultáciami s ďalšími odborníkmi podľa rozhodnutia vyšetrujúceho (napr. pedagóg, logopéd, psychológ, psychiater, neurológ, ortopéd a ďalší).  
(platné označte x)  áno  nie
- Súhlasím so zaslaním správy z vyšetrenia do školy  áno  nie

Osobné údaje uvedené v „ŽIADOSTI ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU 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.centrumhc.sk/GDPR> za účelom, ktorý je predmetom tejto žiadosti. Doba platnosti spracúvania sa viaže na dobu trvania preukázateľného účelu spracúvania 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 spracúvaniu, ak spracúvanie osobných údajov je nezákonné na základe rozhodnutia úradu na ochranu osobných údajov alebo iného orgánu príslušného na rozhodnutie o nezákonnom spracúvaní 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.centrumhc.sk/>

V Hlohovci, dňa

---

žiadosť zapísal

---

podpis  
zákonného zástupcu

---

vyšetruje

**Koordinátor klienta:**