

Reg. číslo:

### ŽIADOSŤ O ODBORNÚ STAROSTLIVOSŤ V CPPPaP BA III.

Zákonný/á zástupca/kyňa dieťaťa - dotknutá osoba: ..... Vás žiadam  
Meno a priezvisko  
o odbornú starostlivosť vo Vašom zariadení. ....  
dňa/ podpis

### INFORMOVANÝ SÚHLAS S POSKYTNUTOU ODBORNOU STAROSTLIVOSŤOU

(v zmysle Zákona č. 245/2008 Z.Z. o výchove a vzdelávaní § 2, §11 a  
Zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov)

Po preštudovaní *Informácií o odbornej starostlivosti v CPPPaP BA III.* súhlasím s tým, aby sa môj/moja syn/ dcéra:

.....nar.: .....RČ: .....  
(meno, priezvisko)

dieťa/žiak/žiačka.....ročníka MŠ/ZŠ/SSŠ.....

Adresa trvalého bydliska.....PSC: .....

Tel.č.: .....mail: .....

zúčastnil/a : **psychologickej starostlivosti:**(dátum) .....(podpis) .....

**špeciálno- pedagogickej starostlivosti:**(dátum)..... (podpis) .....

**logopedickej starostlivosti:**(dátum).....(podpis) .....

**liečebno – pedagogickej starostlivosti:** (dátum) .....(podpis) .....

**sociálno – pedagogickej starostlivosti:** (dátum).....(podpis).....

**terapeutickej starostlivosti** (dátum) .....(podpis) .....

Bol/a som informovaný/á a riadne poučený/á o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach odbornej starostlivosti v CPPPaP BA III., ako aj o možných dôsledkoch spojených s navrhovanou starostlivosťou. Týmto dobrovoľne poskytujem osobné údaje môjho dieťaťa, ako aj všetky dôležité údaje z jeho doterajšieho vývinu, ktoré sú podstatné pre kvalitné a zodpovedné riešenie mnou uvádzaného problému. Podpisom potvrdzujem, že s dôvodom a výsledkami vyšetrenia oboznámim druhého, neprítomného zákonného zástupcu dieťaťa. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne a bez nátlaku. Súhlas udeľujem do ukončenia starostlivosti v CPPPaP Ba III. a som si vedomý/á, že poskytnutý súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

Súhlasím /  Nesúhlasím so zaslaním správy z diagnostického vyšetrenia školy

Súhlasím  Nesúhlasím so zaslaním správy z diagnostického vyšetrenia lekárovi

Súhlasím  Nesúhlasím s vyhotovovaním kópií správ z vyšetrení zo zdravotného záznamu dieťaťa a ich uložením v osobnom spise dieťaťa, ktoré sú nevyhnutné pre poskytovanie odbornej starostlivosti.

V Bratislave, dňa: .....

.....  
podpis rodiča, zákonného/nej zástupcu/kyne

**POVINNÉ INFORMOVANIE**

Spracúvanie osobných údajov sa riadi nariadením EP a Rady 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 (ďalej len: „zákon o ochrane osobných údajov“). Súhlas so spracúvaním osobných údajov je možné kedykoľvek odvolať. Som si vedomý/á svojich práv, ktoré sú uvedené v čl. 12 až 23 všeobecného nariadenia o ochrane údajov, ktoré upravujú, resp. konkretizujú povinnosti prevádzkovateľa pri uplatňovaní práv dotknutých osôb.

**Prehlasujem, že som ako dotknutá osoba bol/a oboznámený/á s informáciou o spracovaní osobných údajov CPPPaP Ba III. so sídlom na Vajnorskej ul. 98/D, Bratislava zverejnenými na <https://psychologickecentrum.sk/pre-rodicov/>. V prípade, že dotknutá osoba sa nevie s informáciami oboznámiť prostredníctvom internetu, je povinné informovanie možné prevziať v papierovej podobe u Prevádzkovateľa.**

V Bratislave, dňa .....

.....  
Podpis rodiča, resp. zákonného/nej zástupcu/kyni

**Na základe žiadosti a informovaného súhlasu rodiča, resp. zákonného/nej zástupcu/kyni riaditeľka CPPPaP BA III. rozhodla o prijatí dieťaťa/žiaka do odbornej starostlivosti.**

**Odborník/čka za CPPPaP.:** .....

**Prevádzkovateľ:** CPPPaP Ba III., Vajnorská ul. 98/D, Bratislava,      **kontakt na zodpovednú osobu:** [zo@eurotrading.sk](mailto:zo@eurotrading.sk)

**ADMINISTRATÍVNE ÚKONY POČAS ODBORNEJ STAROSTLIVOSTI**

Dňa	Poskytnuté materiály	Adresát	Prevzal