

Informovaný súhlas s odborným vyšetrením v CPPPaP

Ako zákonný zástupca dieťaťa, resp. ako plnoletá osoba, ktorá žiada o odborné vyšetrenie v CPPPaP vyhlasujem, že na základe informácií, ktoré mi poskytol odborný zamestnanec

- **súhlasím s odborným vyšetrením môjho dieťaťa/mojej osoby¹ v CPPPaP**

- **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, resp. z môjho vývinu**, pretože si uvedomujem, že sú nevyhnutné, ak sa má dospieť k zodpovednému a kvalitnému riešeniu mnou uvádzaného problému. **Súhlasím tiež so spracúvaním získaných osobných údajov** v CPPPaP v súlade so zákonom č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov. Účelom vyššie uvedeného je **súhlas s odbornou pomocou môjmu dieťaťu, resp. mojej osobe**, o ktorú som požiadal/la CPPPaP (poradensko-psychologická, terapeutická, špeciálno-pedagogická, preventívna alebo sociálno-pedagogická pomoc). **Som si vedomý/má, že tento súhlas môžem kedykoľvek zrušiť.**

V prípade potreby² súhlasím aj s možnosťou konzultácií odborného zamestnanca CPPPaP s iným odborníkom z oblasti (ktorý je povinný zachovať mlčanlivosť o dôverných informáciách)³ pri riešení problému môjho dieťaťa/môjho problému a s tým, že v prípade potreby spracovania výsledkov vyšetrenia do písomnej správy budem informovaný o jej obsahu a po dohode o jej zaslaní (zákonnému zástupcovi, škole, inému odborníkovi) bude táto doručená ako list druhej triedy.

Svojím podpisom potvrdzujem, že :

- som bol/a oboznámený/á odborným zamestnancom o účele, metódach vyšetrenia, spôsobe poskytnutia výsledkov odborného vyšetrenia a možnými dôsledkami 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 CPPPaP, ktoré sú zamerané na optimalizáciu osobnostného a vzdelávacieho vývinu môjho dieťaťa/mojej osoby

- súhlasím s tým, aby odborný zamestnanec CPPPaP rozhodol o prítomnosti zákonného zástupcu alebo inej osoby na vyšetrení môjho dieťaťa/mojej osoby

- oboznámim neprítomného zákonného zástupcu s dôvodom a výsledkami vyšetrenia.

Uvedte meno a priezvisko dieťaťa resp. plnoletého klienta, ktorý má byť vyšetrený:

Dieťa/plnoletý klient :..... nar.

v bytom PSČ

žiak školy ročník

Svojím podpisom potvrdzujem, že súhlasím so všetkými vyššie uvedenými údajmi.

Meno rodiča/plnoletého klienta:

V Pezinku, dňa **podpis rodiča/plnoletého klienta:**

Uvedte prosíme Vaše tel. číslo :e mail.....

Prehlásenie odborného zamestnanca:

Odborný zamestnanec CPPPaP, M. R. Štefánika 15, 902 01 Pezinok sa zaväzuje, že :

- so získanými údajmi vyššie podpísaného klienta resp. jeho dieťaťa bude pracovať v zmysle platného *Bezpečnostného projektu (ochrana osobných údajov) zo dňa 31.03.2014, časť: Bezpečnostný zámer - Zabezpečenie ochrany osobných údajov na základe zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov*

- súhlasí so záväzkami, ktoré vyplývajú z údajov uvedených v tomto tlačive

V Pezinku, dňa **podpis odborného zamestnanca:**

¹ podčiarknite platné

² Depistážne: vyšetrenie školskej spôsobilosti, vyšetrenie školskej spôsobilosti, grafomotorická stimulácia, logopedické vyšetrenie, kontrolné vyšetrenie, prijatie do klubu, kariérové poradenstvo a pod.

Ak je to pre riešenie problému nevyhnutné a napomáhajúce.

³ podľa § 18 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov