**CENTRUM PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉHO PORADENSTVA A PREVENCIE**

Fedákova 3, 841 02 Bratislava

**Informovaný súhlas s odborným vyšetrením v CPPPaP**

**Súhlas so spracovávaním osobných údajov**

( v zmysle Zákona č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní v znení neskorších predpisov a zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov)

Ako zákonný zástupca dieťaťa, resp. ako plnoletá osoba, ktorá žiada o odborné vyšetrenie v CPPPaP vyhlasujem, že na základe informácií o priebehu odbornej starostlivosti a spôsobe poskytnutia výsledkov

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

- ***súhlasím so spracúvaním osobných údajov do ukončenia starostlivosti v CPPPaP2, v súlade s nariadením Európskeho parlamentu a rady č.2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a zákonom SR č.18/2018 Z.z o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Som si vedomý/á svojich práv, ktoré v § 19 až § 30 zákona č. 18/2018 Z.z upravujú povinnosti prevádzkovateľa pri uplatnení práv dotknutých osôb. Som si vedomý/á, že poskytnutý súhlas môžem kedykoľvek odvolať.***

Účelom vyššie uvedeného je ***súhlas s odbornou pomocou môjmu dieťaťu, resp. mojej osobe***, o ktorú som požiadal/la CPPPaP (poradensko-psychologická, špeciálno-pedagogická, logopedická, liečebno-pedagogická pomoc 3). ***Som si vedomý/má, že tento súhlas môžem kedykoľvek zrušiť.***

***V prípade potreby4 súhlasím aj s možnosťou konzultácií odborného zamestnanca CPPPaP s iným odborníkom z oblasti*** (ktorý je povinný zachovať mlčanlivosť o dôverných informáciách)5 , ***s návštevou a pozorovaním v MŠ,*** ***ZŠ a SŠ*** 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.

***Svojim 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.***

***- oboznámim neprítomného zákonného zástupcu s dôvodom a výsledkami vyšetrenia***

**Dieťa / plnoletý klient:** .................................................................................... nar. : ...............................................

bytom .......................................................................... PSČ.....................rodné č. : ................................................

žiak školy .................................................................................................................. ročník.....................................

**Meno rodiča/ zákonného zástupcu dieťaťa** ............................................................................................................

V Bratislave, dňa .............................. podpis rodiča / plnoletého klienta .................................................................

Uveďte prosím Vaše tel. číslo: ....................................., e-mail: ................................................................................

**Svojim podpisom potvrdzujem, že súhlasím so všetkými vyššie uvedenými údajmi.**

***Prehlásenie odborného zamestnanca:***

Odborný zamestnanec CPPPaP, Fedákova 3, 841 02 Bratislava ***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 SR č. 18/2018 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 Bratislave, dňa................................ podpis odborného zamestnanca............................................................

1 podčiarknite platné

2 do ukončenia starostlivosti sa považuje ukončenie prípravy na povolanie (viď zákon č.245/2008 Z.z.)

3 t.j. diagnostické vyšetrenie, poradenstvo, terapia, reedukácie, depistážne vyšetrenie školskej spôsobilosti, vyšetrenie školskej spôsobilosti,

grafomotorické stimulácia, kontrolné vyšetrenie, prijatie do klubu, kariérové poradenstvo a pod.

4 ak je to pre riešenie problému nevyhnutné a napomáhajúce

5 podľa § 18 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Tel.: 02/ 64 28 80 90 e-mail: poradenstvoba4mail.com web: [www.psychologickeporadenstvo.sk](http://www.psychologickeporadenstvo.sk) IČO: 30795923