

CENTRUM PORADENSTVA A PREVENIE

Fedákova 3, 841 02 Bratislava

Informovaný súhlas s odborným vyšetrením v CPP

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 CPP vyhlasujem, že na základe informácií o priebehu odbornej starostlivosti a spôsobe poskytnutia výsledkov

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

- **súhlasím so spracovávaním osobných údajov do ukončenia starostlivosti v CPP², v súlade s nariadením Európskeho parlamentu a rady č.2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracovávaní 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 CPP (poradensko-psychologická, špeciálno-pedagogická, logopedická, liečebno-pedagogická pomoc³). **Som si vedomý/má, že tento súhlas môžem kedykoľvek zrušiť.**

V prípade potreby⁴ súhlasím aj s možnosťou konzultácií odborného zamestnanca CPP 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 (zákonnom 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.**

- **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:

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

Prehlásenie odborného zamestnanca:

Odborný zamestnanec CPP, 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 tlačíve

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