**Žiadosť o psychologické vyšetrenie**

**Meno a priezvisko** dieťaťa ............................................................................................................

Dátum narodenia .................................................... Miesto narodenia ......................................... Bydlisko dieťaťa..............................................................................................................................

Bydlisko rodiča (ak je iné ako u dieťaťa) .......................................................................................

Telefónny kontakt/ číslo..................................................................................................................

Škola .......................................................................................... trieda ..........................................

Dôvod vyšetrenia (popis) ...............................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

**Vyšetrenie žiada :**

a) zákonný zástupca ( meno a priezvisko): .......................................................................................

b) klient ...........................................................................................................................................

d) iná oprávnená inštitúcia .............................................................................................................

**Informovaný súhlas s vyšetrením a spracovávaním osobných údajov**

Podľa nariad. EÚ č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov (ďalej len GDPR) a zákona č. 245/2008 vás žiadame na základe informácií o odbornom vyšetrení a o poskytovaní odbornej starostlivosti v Súkromnom centre pedagogicko psychologického poradenstva a prevencie (ďalej SCPPPaP) v Košiciach, Štúrova 7, o vyjadrenie k nasledovnému:

Svojím podpisom potvrdzujem, že **som bol/a informovaný/á a riadne poučený/á** o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach starostlivosti v SCPPPaP, vrátane depistážnych, diagnostických vyšetrení, poradenských a terapeutických postupov, ako aj o možných dôsledkoch spojených s navrhovanou starostlivosťou. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Po preštudovaní informácií **súhlasím** s poskytnutímodborného vyšetrenia v SCPPPaP za účelom poskytovania odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu a potvrdzujem správnosť a pravdivosť poskytnutých údajov.

**Súhlasím tiež so spracúvaním získaných osobných údajov v SCPPPaP** , Štúrova 7, Košice , 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 SCPPPaP (poradensko-psychologická, terapeutická, preventívna alebo sociálno-pedagogická pomoc). Som si vedomý/má, že tento súhlas môžem kedykoľvek zrušiť.

Všetky tieto údaje sú prísne dôverné, zamestnanec je povinný zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedel pri svojej činnosti a to aj po skončení pracovnoprávneho vzťahu v zariadení podľa zákona § 8 ods. (1), pís. c.) zákona č. 552/2003 o výkone prác vo verejnom záujme, §3 zákona č. 199/1994 o psychologickej činnosti, §79 zákona č. 18/2018 o ochrane osobných údajov ako aj § 11 ods. (7) zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon). S týmito údajmi sa nakladá podľa uvedených zákonov a bez písomného súhlasu rodiča dieťaťa alebo jeho zákonného zástupcu nebudú poskytnuté iným osobám a po uplynutí skartovacej lehoty, ktorá je podľa § 5, ods. (3), pís. b.) Vyhlášky Ministerstva školstva SR č. 326/2008 20 rokov, budú skartované a zničené.

Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Svoj súhlas dávam na dobu plnenia vyššie popísaného účelu.

Zároveň čestne prehlasujem, že moje dieťa nie je evidované v inom neštátnom CPPPaP.

Vyhlásenia dotknutej osoby: Dotknutá osoba svojim vlastnoručným podpisom vyhlasuje a potvrdzuje, že sa oboznámila so všetkými informáciami uvedenými v tomto dokumente a znením § 19 až § 30 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov. Uvedené informácie sú pre dotknutú osobu zrozumiteľné a ich obsahu porozumela.

Správa z vyšetrenia (ak sa vyhotovuje, na základe žiadosti) sa posiela inštitúcii oprávnenej zo zákona, ktorá o ňu požiada (napr. škola, školské zariadenie).

Rodič/ zákonný zástupca má právo oboznámiť sa s jej obsahom.

Súhlasím so zaslaním správy : áno nie

V Košiciach, dňa ..................................

**............................................................................................**

**podpis rodiča/ zákonného zástupcu/ plnoletého klienta**