CENTRUM ŠPECIÁLNOPEDAGOGICKÉHO PORADENSTVA

Veľká okružná 1107/15, 958 01 Partizánske

**INFORMOVANÝ SÚHLAS**

**SO PSYCHOLOGICKÝM, ŠPECIÁLNOPEDAGOGICKÝM alebo LOGOPEDICKÝM VYŠETRENÍM A ODBORNOU STAROSTLIVOSŤOU**

**A INFORMÁCIA O SPRACÚVANÍ OSOBNÝCH ÚDAJOV**

Rodič/zákonný zástupca (uveďte: meno a priezvisko, adresa trvalého pobytu, telefónny kontakt):

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

Svojím podpisom potvrdzujem, že po preštudovaní uvedených informácii uvedených informácii **dobrovoľne súhlasím** v zmysle § 2 písm. y) zákona č. 245/2008 Z. z. **so psychologickým alebo špeciálno-pedagogickým alebo logopedickým vyšetrením a s poskytovaním odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu:**

Meno a priezvisko:........................................................ Dátum narodenia:...............................

Rodné číslo:.............................Adresa: .......................................................................................

Štátna príslušnosť:................. Národnosť: ................... Škola:.....................................................

V .............................................. dňa:............................. .......................................................

 podpis rodiča (zákonného zástupcu)

 Potvrdzujem, že som bol(a) a riadne poučený(á) o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach starostlivosti v Centre špeciálno-pedagogického poradenstva, Veľká okružná 1107/15, 958 01 Partizánske (ďalej len „CŠPP“), vrátane depistážnych, diagnostických, poradenských a terapeutických postupov, ako aj možných dôsledkov spojených s navrhovanou starostlivosťou. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

V .............................................. dňa:............................. .......................................................

 podpis rodiča (zákonného zástupcu)

 Svojím podpisom potvrdzujem, že súhlasím s tým, aby CŠPP za účelom poskytovania psychologickej, špeciálno-pedagogickej, logopedickej a inej odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu, spracúvalo osobné údaje v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. a)všeobecného nariadenia o ochrane údajov, v rozsahu uvedenom v § 11, ods. 6 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávanie. Súhlas udeľujem do ukončenia starostlivosti v CŠPP.

V .............................................. dňa:............................. .......................................................

 podpis rodiča (zákonného zástupcu)

* **Súhlasím/Nesúhlasím** **s vyhotovovaním kópii správ z vyšetrení zo zdravotného záznamu dieťaťa**, ktoré sú nevyhnutné pre poskytovanie odbornej starostlivosti **a ich uloženín v osobnom spise dieťaťa.**
* **Súhlasím/Nesúhlasím** so zaslaním **správy z vyšetrení inštitúcii oprávnenej zo zákona** (napr. škole, školskému zariadeniu, ÚPSVaR) .........................................

V ............................................ dňa:................................ ........................................................

 podpis rodiča (zákonného zástupcu)

**Vyhlásenia dotknutej osoby:**

**Dotknutá osoba svojim vlastnoručným podpisom vyhlasuje a potvrdzuje, že sa oboznámila so všetkými informáciami uvedenými v dokumente a s znením čl. 12 až 23 všeobecného nariadenia o ochrane údajov. Uvedené informácie sú pre dotknutú osobou zrozumiteľné a ich obsahu porozumela.**

V............................................. dňa:................................. ............................................................

 podpis rodiča (zákonného zástupcu)