Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva

Veľká okružná 1107/15, 958 01 Partizánske

**ŽIADOSŤ**

**o špeciálno-pedagogické, logopedické, psychologické vyšetrenie**

Meno dieťaťa: ..............................................................................................................................

Dátum narodenia: ...................... Rodné číslo..............................Miesto narodenia:........................

Bydlisko: ......................................................................................................................................

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: .....................................................................................

Škola, trieda: ................................................................................................................................

Ťažkosti, dôvod žiadosti o vyšetrenie..........................................................................................

**Všetky získané informácie budú považované za dôverné a bude sa s nimi disponovať podľa**

**zák. č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v z. n. p.**

Súhlas zákonného zástupcu s odborným vyšetrením

**Súhlasím** v zmysle § 11 ods. 1) zák. č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v z.n.p. a v zmysle § 3 písm. g) vyhl. MŠ SR 43/1996 a **dobrovoľne poskytujem osobné údaje dieťaťa** v rozsahu stanovenom § 11, ods. 7, písm. a), b) (identifikácia osoby, zdravie, mentálna úroveň vrátane výsledkov pedagogicko-psychologickej a špeciálno-pedagogickej diagnostiky, o identifikácii zákonných zástupcov dieťaťa/žiaka) **na spracovanie pre** **účely evidencie, vydania rozhodnutia, realizovania špeciálno-pedagogickej a psychologickej diagnostiky,** **vyhotovenia špeciálno-pedagogickej správy, zistenia špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb, prijatia do** star**ostlivosti školského zariadenia, prípadne ďalších činností v súvislosti so službami CŠPP klientovi v súlade** **s príslušnými normami**. Údaje môžu tvoriť súčasť správy a záverov zo špeciálno-pedagogického, logopedického a psychologického vyšetrenia, ako aj súčasť podkladov k individuálnej školskej integrácii a ako také môžu byť poskytnuté príslušnej škole alebo školskému zariadeniu. O dôsledkoch svojho súhlasu som bol/a riadne poučený/á.

**Súhlasím s evidovaním a spracovávaním osobných údajov** v školskom zariadení v zmysle Zákona o ochrane osobných údajov č. 18/2018 za účelom poskytovania odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu v rámcičinnosti(\*nehodiace sa prečiarknite)

**\*poradenskej \*psychologickej \*špeciálno-pedagogickej \*logopedickej**

**Čestne vyhlasujem, že súhlas na započítanie klienta do zberu údajov** na účely rozdeľovania a poukazovania výnosu dane obciam v zmysle § 7 ods. 5) zák. č. 325/2012 Z.z., ktorým sa dopĺňa zák. č.597/2003 Z. z. o financovaní základných škôl, stredných škôl a školských zariadení v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov **som poskytol iba jednému školskému zariadeniu CŠPP.**

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

dátum podpis zákonného zástupcu

Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva, Veľká okružná 1107/15,

958 01 Partizánske

**ČESTNÉ VYHLÁSENIE PRE ZBER ÚDAJOV**

**Meno a priezvisko**: .......................................................................................

Dátum narodenia: Miesto narodenia:

Adresa trvalého bydliska:

**Meno a priezvisko zákonného zástupcu:**

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

Adresa trvalého bydliska:

Kontaktný údaj:

**Vyhlasujem, že súhlas na započítanie do zberu údajov sme poskytli len jednému školského zariadeniu rovnakého druhu:**

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

dátum podpis zákonného zástupcu

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

Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva, Veľká okružná 1107/15,

958 01 Partizánske

**ČESTNÉ VYHLÁSENIE PRE ZBER ÚDAJOV**

**Meno a priezvisko**: .......................................................................................

Dátum narodenia: Miesto narodenia:

Adresa trvalého bydliska:

**Meno a priezvisko zákonného zástupcu:**

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

Adresa trvalého bydliska:

Kontaktný údaj:

**Vyhlasujem, že súhlas na započítanie do zberu údajov sme poskytli len jednému školského zariadeniu rovnakého druhu:**

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

dátum podpis zákonného zástupcu