

ŽIADOSŤ O VYŠETRENIE

* psychologické – špeciálnopedagogické – logopedické

*vstupné - rediagnostické

Meno a priezvisko klienta:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Miesto narodenia:

Adresa bydliska (trvalé):

PSČ:

Adresa bydliska (prechodné):

PSČ:

Tel. č. zákonného zástupcu:e-mail:

Adresa školy (MŠ, ZŠ, SZŠ, SŠ):

Ročník: Tel. číslo školy: Triedny učiteľ:

Dôvod vyšetrenia:

Vyšetrenie žiada:

- a) zákonný zástupca klienta:
- b) klient
- c) škola
- d) vyšetrenie odporúča iný odborník

V, dňa

Podpis zákonného zástupcu / klient

Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Spracúvanie osobných údajov sa riadi nariadením EPaR EÚ č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a od 25.05.2018 zákonom SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Dotknutá osoba si je vedomá svojich práv, ktoré v § 19 až § 30 zákona č. 18/2018 Z. z. upravujú povinnosti prevádzkovateľa pri uplatňovaní práv dotknutých osôb.

Svojím podpisom vyjadrujem súhlas Súkromnému centru špeciálnopedagogického poradenstva, Ul. Dolná 49/21, Kremnica, so spracovaním obrazového a zvukového záznamu ako súčasti odborného vyšetrenia s cieľom jeho následného:

- a) vyhodnotenia pre potreby správy z diagnostického vyšetrenia,*
- b) archivácie ako súčasti osobného spisu dieťaťa/klienta S CŠPP Kremnica podľa zákonných lehôt,*
- c) použitia pre odborné a vedecké účely, najmä supervíziu.*

Zároveň žiadam o skartovanie materiálov v zákonom stanovenej lehote archivácie.

Uvedený súhlas sa týka aj poskytnutia uvedených údajov (obrazový a zvukový záznam ako súčasť odborného diagnostického vyšetrenia) tretím stranám v nevyhnutných prípadoch (supervízor, vedecká činnosť, školská inšpekcia), a to na účely hodnotenia kvality odbornej činnosti.

Som si vedomý/á, že stiahnutie tohto súhlasu bude mať za následok zrušenie žiadosti o odborné vyšetrenie, akoby nebola podaná.

V Kremnici dňa:.....

Meno a priezvisko klienta SCŠPP:.....

Meno a priezvisko zákonného zástupcu (ak nie je klient plnoletý):

.....

.....
Podpis klienta (jeho zákonného zástupcu)