



Žiadosť o odbornú starostlivosť

v zmysle § 2 ods. 1 písm. a) Vyhlášky MŠVVaŠ SR č. 24/2022 Z.z. o zariadeniach poradenstva a prevencie a Zákona č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Meno a priezvisko (klient nad 18 rokov):

Dátum nar. : R. č.

Adresa trvalého bydliska..... PSČ:.....

adresa prechodného pobytu: PSČ:

Škola: SŠ/VŠ ročník:

tel. č. e-mail:

Vás žiadam o poskytnutie odbornej starostlivosti vo Vašom zariadení.

Informovaný súhlas s poskytnutou odbornou starostlivosťou

v zmysle § 2 ods. 5 písm. a), b) Vyhlášky MŠVVaŠ SR č. 24/2022 Z.z. o zariadeniach poradenstva a prevencie a Zákona č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Svojim podpisom potvrdzujem, že po preštudovaní *Informácií o odbornej starostlivosti v CPP a mojich právach a povinnostiach súvisiacich s odbornou starostlivosťou v CPP Malacky* dobrovoľne súhlasím, aby mi bola poskytnutá starostlivosť:

1. **psychologická starostlivosť:** dátum podpis:

2. **špeciálno-pedagogická starostlivosť:** dátum podpis:

3. **sociálno-pedagogická starostlivosť:** dátum podpis:

Bol/a som informovaný/á a riadne poučený/á o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach odbornej starostlivosti v CPP, ako aj o možných dôsledkoch spojených s navrhovanou starostlivosťou. Týmto dobrovoľne poskytujem svoje osobné údaje, ako aj všetky dôležité údaje, ktoré sú podstatné pre kvalitné a zodpovedné riešenie mnou uvádzaného problému. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne a bez nátlaku. Bol/la som poučený/á, že údaje získané počas poskytovanej starostlivosti sú súčasťou spisu klienta. Súhlas udeľujem do ukončenia starostlivosti v CPP, Záhorácka 51, Malacky. **Som si vedomý/á, že poskytnutý súhlas môžem kedykoľvek odvolať.**

Zároveň súhlasím:

1. so zasielaním písomnej správy z vyšetrenia:

poštou: na adresu trvalého bydliska
na adresu školy
osobné prevzatie

ÁNO NIE
 ÁNO NIE
 ÁNO NIE

2. s vyhodnotením kópií z lekárskeho vyšetrenia a ich uložením v osobnom spise klienta, ktoré sú nevyhnutné pre poskytovanie odbornej starostlivosti

ÁNO NIE

Môj súhlas je dobrovoľný¹ zároveň som bol/la oboznámený/á so spracovaním osobných údajov v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 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 zákonom SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Dátum:

vlastnoručný podpis

¹ V zmysle § 14 ods. 3 zákona č. 18/2018 Z. z. Dotknutá osoba má právo kedykoľvek odvolať súhlas so spracovaním osobných údajov, ktoré sa jej týkajú. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov založenom na súhlase pred jeho odvolaním; pred poskytnutím súhlasu musí byť dotknutá osoba o tejto skutočnosti informovaná. Dotknutá osoba môže súhlas odvolať rovnakým spôsobom akým súhlas udelila.