



**Žiadosť o odbornú starostlivosť**  
(kariérové poradenstvo pre 5. ročník ZŠ)

Žiadateľ / zákonný zástupca:.....

Meno žiaka: ..... Pohlavie: .....

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

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

Korešpondenčná adresa (ak je iná ako adresa trvalého bydliska): .....

Národnosť: ..... Materinský jazyk: .....

Telefónne číslo žiadateľa: ..... e-mail: .....

Žiak ZŠ: ..... Trieda: .....

Meno triedneho učiteľa: ..... Kontakt na triedneho učiteľa: .....

**Súhlasím so :**

**psychologickou starostlivosťou** (podpis) .....

Dôvod: **kariérové poradenstvo**

Iné:

Psychologické vyšetrenie zamerané na kariérové poradenstvo môže byť realizované formou skupinovej alebo individuálnej činnosti. Pozostáva zo súboru testov a dotazníkov, ktoré umožňujú dozvedieť sa viac ohľadom úrovne intelektových schopností, zhodnotenia silnejších a slabších stránok žiaka, jeho záujmov a osobnosti. Výstupy z vyšetrenia sa poskytujú vo forme telefonической a e-mailovej konzultácie so žiakom/čkou a jeho zákonným zástupcom.

*Prehlasujem, že som bol oboznámený ako dotknutá osoba s informáciou o spracovaní osobných údajov Centrom poradenstva a prevencie v Senci, Lichnerova 22 (zverejnenými na [www.poradnasenec.sk/ochrana\\_údajov](http://www.poradnasenec.sk/ochrana_údajov)).*

Dátum:.....

Podpis.....

### Súhlas dotknutej osoby

v zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov  
a o zmene a doplnení niektorých zákonov

pre prevádzkovateľa: Centrum poradenstva a prevencie, Lichnerova 22, 90301 Senec

Ja, podpísaný (meno a priezvisko): .....

Bydlisko: .....

Zákonný zástupca klienta: ..... dátum nar.: .....

#### SÚHLASÍM:

1. s poskytnutím a spracovaním údajov uvedených v „Žiadosti o odbornú starostlivosť a o Vyjadrenie na účel poskytovania podporného opatrenia“ pre účel objednania môjho dieťaťa na odborné psychologické/špeciálno-pedagogické vyšetrenie telefonicky / mailom:

ÁNO  NIE

2. so zaslaním písomnej správy z vyšetrenia prostredníctvom e-mailu:

ÁNO  NIE

3. s osobným prevzatím písomnej správy

ÁNO  NIE

V prípade, ak je dieťa zverené do starostlivosti jedného zákonného zástupcu, táto osoba prehlasuje, že poskytne informácie z diagnostického vyšetrenia, prípadne zašle správu z diagnostického vyšetrenia druhému zákonnému zástupcovi dieťaťa:

ÁNO  NIE

Môj súhlas je dobrovoľný<sup>1</sup> a trvá počas poskytovania odbornej starostlivosti klienta v CPP Senec menovaného dieťaťa. Zároveň som bol oboznámený 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.

V Senci, dátum: .....

---

Vlastnoručný podpis zákonného zástupcu

<sup>1</sup> 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.