Evidenčné číslo	

vyplní SCPP

ŽIADOSŤ O ODBORNÚ ČINNOSŤ
(Socioklíma pre ZŠ, SŠ)

Svojim podpisom potvrdzujem, že po preštudovaní uvedených informácií dobrovoľne súhlasím v zmysle § 2, písm. x) zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní v znení neskorších predpisov s poskytovaním odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu.

MENO A PRIEZVISKO ŽIAKA *v prípade plnoletého žiaka vypisuje žiadosť sám*			
DÁTUM NARODENIA			
RODNÉ ČÍSLO			
TRVALÉ BYDLISKO			
MENO RODIČA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU			
TRVALÉ BYDLISKO ZZ			
MOBIL		**MAIL**	
ŠKOLA (ZŠ/SŠ), ročník			
DÔVOD ODBORNEJ STAROSTLIVOSTI			

Navštevuje vaše dieťa iné centrum poradenstva a prevencie? Ak áno, napíšte ktoré.

Informovaný súhlas a čestné vyhlásenie zákonného zástupcu

**** nehodiace sa preškrtnite***

Prihlásili ste svoje dieťa na odbornú činnosť realizovanú naším SCPP priamo v priestoroch školy, ktorú Vaše dieťa navštevuje. Vášmu dieťaťu sa bude odborný zamestnanec SCPP venovať individuálne, v rozsahu 40 – 60 min.v prípade potreby aj dlhšie. Činnosti v škole (MŠ/ZŠ/SŠ) sa realizujú na základe objednávky zo strany školy.

1. Svojim podpisom potvrdzujem, že súhlasím s tým, aby SCPP CVI, Saleziánska 2807/4, Žilina za účelom poskytovania odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu, spracúvalo osobné údaje môjho dieťaťa a evidovalo výsledky vyšetrenia môjho dieťaťa 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 vzdelávaní. Súhlas udeľujem do po dobu poskytovanie odbornej starostlivosti SCPP CVI Žilina až do jej ukončenia. Dovtedy majú zákonní zástupcovia možnosť akýkoľvek bod súhlasu písomne alebo elektronicky odvolať. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov a do jeho odvolania. Po skončení predmetnej doby bude súhlas so spracúvaním osobných údajov uchovaný v SCPP po dobu stanovenú v registratúrnom poriadku.

2. *Súhlasím/nesúhlasím so zaslaním **Správy z odborného vyšetrenia** škole. ***Súhlasím/nesúhlasím** s odovzdaním správy z diagnostického vyšetrenia do rúk môjho dieťaťa. V prípade nesúhlasu bude správa doručená poštou.

3. *Súhlasím/nesúhlasím aby odborný zamestnanec SCPP telefonicky alebo osobne konzultoval s pedagogickými a odbornými zamestnancami MŠ, ZŠ, SŠ, lekárom a inými odborníkmi o spôsoboch výchovy a vzdelávania.

4. Ak dieťaťu/žiakovi vznikne podľa § 2 písmeno i) podľa Zákona 182/2023 Z.z., ktorým sa dopĺňa Z.č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní, potreba podporných opatrení ***žiadam/nežiadam** o vyjadrenie k miere podporných opatrení pre moje dieťa zo strany SCPP.

5. Týmto čestne vyhlasujem, že moje dieťa ***navštevuje/nenavštevuje** viac CPP rovnakého druhu a dávam súhlas Súkromnému centru poradenstva a prevencie centra včasnej intervencie, Saleziánska 2807/4, Žilina na započítanie dieťaťa do zberu údajov pre účely rozdeľovania finančných prostriedkov v tomto a nasledujúcich kalendárnych rokoch, až do ukončenia poskytovania služieb.

6. Bol som informovaný, že správa z odborného vyšetrenia bude vypracovaná do 30 pracovných dní od posledného odborného stretnutia

7. Bol som informovaný, že odborné činnosti realizované v škole sú poskytované bezplatne.

Potvrdzujem, že v rámci poskytnutia informovaného súhlasu som bol/a oboznámený/á so svojimi právami a bolo mi dané poučenie o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia odbornej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia odbornej starostlivosti. Som si vedomý/á, že svoj súhlas môžem kedykoľvek slobodne odvolať. Poučenie mi bolo podané zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku s možnosťou slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas.

Dátum	
PODPIS PLNOLETÉHO ŽIAKA	
Dátum	
PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU č. 1 *nie je potrebný pri plnoletom žiakovi*	
Dátum	
PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU č. 2 *nie je potrebný pri plnoletom žiakovi*	

POVINNÉ INFORMOVANIE

Spracúvanie osobných údajov sa riadi Nariadením GDPR, resp. zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
Som si vedomý svojich práv, ktoré sú uvedené v čl. 12 až 23 všeobecného nariadenia o ochrane osobných údajov, ktoré upravujú, resp. konkretizujú povinnosti prevádzkovateľa pri uplatňovaní práv dotknutých osôb
PREHLÁSENIE PREVÁDZKOVATEĽA
Prevádzkovateľ prehlasuje, že zaistením ochrany práv dotknutých osôb poveril externým výkonom Zodpovednej osoby (DPO/ZO) spoločnosť Osobný údaj.sk, s.r.o., ktorá na webovej stránke prevádzkovateľa zverejnila všetky povinné informácie nachádzajúce sa v Nariadení GDPR a zákone o ochrane osobných údajov a zaviedla transparentný systém zaznamenávania bezpečnostných incidentov a akýchkoľvek otázok zo strany dotknutej osoby, ako aj iných osôb. Jednotlivé informácie sa môže dotknutá osoba dozvedieť priamo na stránke externej zodpovednej osoby www.informovanie.osobnyudaj.sk. V prípade, že dotknutá osoba sa nevie s informáciami oboznámiť prostredníctvom internetu, je povinné informovanie prevziať v papierovej podobe u prevádzkovateľa.

VYHLÁSENIE DOTKNUTEJ OSOBY (zákonného zástupcu, plnoletého klienta)

Dotknutá osoby svojím vlastnoručným podpisom vyhlasuje a potvrdzuje, že sa pred podpisom oboznámila so všetkými informáciami uvedenými v tomto dokumente, najmä s právami dotknutej osoby podľa čl. 12 až 23 Nariadenia GDPR. Uvedené informácie sú pre dotknutú osobu zrozumiteľné a ich obsahu porozumela.	
Dátum	
PODPIS PLNOLETÉHO ŽIAKA	
Dátum	
PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU č. 1 *nie je potrebný pri plnoletom žiakovi*	
Dátum	
PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU č. 2 *nie je potrebný pri plnoletom žiakovi*	

ANAMNESTICKÝ ZÁZNAM

Formulár vypĺňuje rodič (zákonný zástupca) alebo plnoletý žiak samostatne.

ČASŤ A: VŠEOBECNÁ ANAMNÉZA

1. Rodinná anamnéza

- **Matka (Meno a priezvisko):** ..... **Vek:** .....……
  - **Vzdelanie:** Základné/Stredoškolské bez maturity/Stredoškolské s maturitou/VŠ I. st./VŠ II. st./VŠ III. st. (PhD.)
  - **Zamestnanie:** .....
- **Otec (Meno a priezvisko):** ..... **Vek:** .....……..
  - **Vzdelanie:** Základné/Stredoškolské bez maturity/Stredoškolské s maturitou/VŠ I. st./VŠ II. st./VŠ III. st. (PhD.)
  - **Zamestnanie:** .....…

2. Zdravotný stav a špeciálne potreby

- **Špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby (ŠVVP) v škole:** ☐ Nie ☐ Áno
  - Ak áno, uveďte aké: .....
- **Zdravotné znevýhodnenie/obmedzenia (telesné, zmyslové, psychické):** ☐ Nie ☐ Áno
  - Ak áno, uveďte aké: .....
- **Sledovanie v odbornej ambulancii/celkový zdravotný stav** (s ohľadom na voľbu povolania)**:**

  .....……..

3. Diagnostika socioklímy a pohody v triede

- **Ako vnímate celkovú atmosféru a pocit bezpečia žiaka v triednom kolektíve?**

  ☐ Veľmi dobrá/bezproblémová

  ☐ Priemerná/striedavá

  ☐ Objavujú sa ťažkosti, obavy alebo pocity nepohody (šikanovanie, vyčleňovanie z kolektívu)
- **Pociťuje žiak pri návšteve školy alebo v triednom kolektíve napätie či stres?**

  ☐ Nie ☐ Občas/len pri skúšaní ☐ Áno, dlhodobo
- **Vnímate nejaké problémové oblasti vo vzťahoch** (so spolužiakmi, učiteľmi)**?**

  .....……..

4. Školské prostredie a študijný profil

- **Priemerný prospech žiaka na poslednom vysvedčení:**

  ☐ do 1,5 ☐ do 2,0 ☐ do 2,5 ☐ nad 2,5 ☐ nad 3,0 ☐ nad 3,5
- **Uveďte predmety, ktoré idú žiakovi najlepšie/najviac ho bavia:**

  .....……
- **Uveďte predmety, v ktorých má žiak ťažkosti/menej ho bavia:**

  .....……..

- **Účasť na súťažiach, olympiádach, projektoch alebo mimo vyučovacích krúžkoch:**

  .....

5. Profil záujmov, hodnôt a preferencií

- **Uveďte hlavné záujmy, koníčky a voľnočasové aktivity:**

  .....

6. Čo očakávate od tohto odborného poradenského stretnutia/diagnostiky?

.....

Dátum: .....

Podpis (rodič/plnoletý žiak): .....