**Ž I A D O S Ť**

o odbornú starostlivosť

Meno a priezvisko dieťaťa:.....……………………………..…...........RČ: ……….........................

Bydlisko: ….....…………………….…...............….... tel. číslo: …......…………....………..…….

Mená rodičov (zákonného zástupcu)...................................................………………….…....….

Škola: ……………......…….......……........… trieda:..…...….. triedny učiteľ ...............................

Absolvované vyšetrenie dieťaťa v inej CPP (príp. iné lekárske odborné vyšetrenie), kde a kedy: .....................…......……………........……………….....................................................................

Kto vyšetrenie žiada/odporúča: ….....…………………...……………........…………............……

**Dôvod vyšetrenia** (popis ťažkostí v učení, v správaní, v reči, konkrétne prejavy problémov):

*Iné dôležité údaje, podrobnejší opis problémov prosíme priložiť k žiadosti.*

……………………………………… ...........…....………………..........………

 **podpis rodiča/zákonného zástupcu**  podpis vých. poradcu/špec.ped./riad. MŠ, ZŠ\*

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

**Informovaný súhlas s vyšetrením a spracovávaním osobných údajov**

**Vážení rodičia!**

Podľa nariad. EÚ č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov (ďalej len GDPR) a zákona č. 245/2008 (školský zákon) vás žiadame na základe informácií o odbornom vyšetrení a o poskytovaní odbornej starostlivosti v CPP v Ružomberku o vyjadrenie k nasledovnému:

Svojím podpisom potvrdzujem, že **som bol/a informovaný/á a riadne poučený/á** o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach starostlivosti v CPP, vrátane depistážnych, diagnostických vyšetrení, poradenských a terapeutických postupov, ako aj o možných dôsledkoch spojených s navrhovanou starostlivosťou. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Po preštudovaní informácií **súhlasím** s poskytnutímodborného vyšetrenia v CPP za účelom poskytovania odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu a potvrdzujem správnosť a pravdivosť poskytnutých údajov.

V prípade, že výsledkom vyšetrenia bude potreba poskytnutia podporného opatrenia, ktorého cieľom bude, aby sa moje dieťa (v prípade plnoletého žiaka on sám) plnohodnotne zapojilo do výchovy a vzdelávania a rozvíjalo svoje vedomosti, zručnosti a schopnosti, **žiadam** CPP podľa §145b zákona č. 245/2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov o vyjadrenie na účel poskytnutia podporného opatrenia pre moje dieťa (v prípade plnoletého žiaka jemu samému).

Súhlasím s **evidovaním a spracovávaním poskytnutých osobných údajov** v CPP Ružomberok za účelom poskytovania odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu (v prípade plnoletého žiaka jemu samému) v zmysle § 11, ods. (6), pís. a), b), ods. (7) zákona č. 245/2008 Z. z. a GDPR.

Súhlasím so spracovaním údajov zo zdravotnej dokumentácie (výpis, príp. vytvorenie fotokópií) a ich použitím pre potreby poskytovania starostlivosti CPP môjmu dieťaťu, prípadne sebe samému (plnoletý klient). **súhlasím − nesúhlasím\***

Súhlasím s **poskytnutím správy z vyšetrenia** do školy, príp. iných odborných zariadení, s ktorými CPP spolupracuje a v prípade potreby konzultuje telefonicky/osobne postup v starostlivosti o klienta (napr.: pediater, neurológ, psychiater, krízové stredisko, odd. sociálnych vecí a rodiny ...). **súhlasím − nesúhlasím\***

\*(nehodiace sa preškrtnite)

V Ružomberku, dňa .................................. ................................................................................................

 **podpis rodiča/ zákonného zástupcu/ plnoletého klienta**

**Informácie o odbornom vyšetrení: psychologickom, špeciálnopedagogickom**

**a sociálnopedagogickom vyšetrení** (ďalej „vyšetrenie“) **a o poskytovaní odbornej starostlivosti v CPP Ružomberok**

Vážený rodič/zákonný zástupca, príp. plnoletý klient! Pred podpísaním informovaného súhlasu si starostlivo preštudujte nasledovné informácie.

**Vyšetrenie** realizuje odborný zamestnanec CPP len s informovaným písomným súhlasom rodiča/zákonného zástupcu, prípadne plnoletého žiaka. Trvá zvyčajne 2 až 4 hodiny podľa charakteru problému. Zahŕňa vyšetrenie schopností, osobnosti, záujmov, vedomostí, zručností, príp. iných oblastí ovplyvňujúcich sociálny a psychický vývin dieťaťa. Vykonáva sa individuálne alebo skupinovo, je bezplatné. Rodič/zákonný zástupca, príp. plnoletý žiak sú o výsledkoch vyšetrenia informovaní v osobnom rozhovore. Správa z vyšetrenia sa posiela rodičovi/zákonnému zástupcovi/plnoletému žiakovi, ktorý je povinný poskytnúť ju škole (príp. šk. zariadeniu, ÚPSVaR, lekárovi...)

Vyšetrenie ponúka možnosť dôkladne sa zorientovať v štruktúre psychických vlastností dieťaťa/žiaka a prípadná identifikácia možných nežiaducich vplyvov, ako aj návrh opatrení na riešenie problému alebo ďalších výchovných a vzdelávacích postupov, či profesijnej, študijnej a kariérovej orientácie. Vyšetrenie je možné odmietnuť. Jediným dôsledkom je, že nie je možné dieťa/žiaka vyšetriť a navrhnúť cielené riešenie vyskytujúcich sa problémov a nie je možné poskytnúť adekvátne poradenstvo.

Na vyšetrenie sa používajú diagnostické nástroje − testy alebo prístrojové metódy vychádzajúce z odborných vedeckých princípov platných v psychológii, špeciálnej pedagogike, psychodiagnostike, metodológii a psychometrii. Údaje z testov sú súčasťou spisu dieťaťa spolu s ostatnými údajmi získanými pred vyšetrením (anamnestické údaje, pedagogická charakteristika), v priebehu vyšetrenia (záznamy z rozhovorov, interpretácie, poznámky) a po skončení vyšetrenia (správy z diagnostických vyšetrení, závery z konzultácií).

**Osobné údaje** spracúvané v rámci vyšetrenia a starostlivosti v zmysle § 11, ods. (6), pís. a), b) zákona 245/2008 Z. z. (školský zákon):

* o dieťati: meno a priezvisko, dátum a miesto narodenia, bydlisko, rodné číslo, štátna príslušnosť, národnosť, fyzické a duševné zdravie, mentálna úroveň vrátane výsledkov pedagogicko-psychologickej a špeciálnopedagogickej diagnostiky;
* rodičoch: identifikácia zákonného zástupcu dieťaťa (meno a priezvisko, adresa zamestnávateľa, bydlisko, kontakt na účely komunikácie).

Ďalšia dokumentácia v zmysle vyhlášky 339/2023 Z.z. (o pedagogickej dokumentácii a ďalšej dokumentácii) je najmä: správa z diagnostického vyšetrenia a vyjadrenie na účel poskytnutia podporného opatrenia.

Všetky tieto **údaje sú prísne dôverné**, zamestnanci CPP sú povinní **zachovávať mlčanlivosť** o skutočnostiach, o ktorých sa pri svojej činnosti dozvedeli, a to aj po skončení pracovnoprávneho vzťahu v zariadení podľa § 8 ods. (1), písm. c) zákona č.  552/2003 Z. z. o výkone práce vo verejnom záujme, psychológ aj podľa § 3 zákona č. 199/1994 Z. z. o psychologickej činnosti a Slovenskej komore psychológov, nariad. EÚ č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov (ďalej len GDPR) čl. 9 ods. 2 písm. h., ako aj podľa § 11 ods. (7) zákona č. 245/2008 Z. z. (školský zákon).

Spracúvať údaje o psychickej identite a psychickej pracovnej spôsobilosti CPP umožňuje GDPR čl. 9 ods. 2 písm. h. Takéto osobné údaje spracúva odborník, ktorý podlieha povinnosti zachovávať profesijné tajomstvo (GDPR čl. 9 ods. 3).

Bez písomného súhlasu rodiča dieťaťa / zákonného zástupcu nebudú poskytnuté vyššie uvedené osobné údaje iným osobám a po uplynutí lehoty uloženia, ktorá je podľa § 5 ods. 3 písm. b.) vyhlášky č. 326/2008 Z. z. o druhoch a náležitostiach vysvedčení a ostatných školských tlačív vrátane spôsobov ich evidencie a uloženia, 20 rokov od posledného poskytnutia starostlivosti, budú zlikvidované.