



## Ž I A D O S Ť

o odborné vyšetrenie pracovníkmi CPP Ružomberok z dôvodu: diagnostiky profesionálnej orientácie.

Meno žiaka: ..... RČ: .....

Mená rodičov (zákonného zástupcu) .....

Bydlisko: ..... tel. číslo: .....

Škola: ..... trieda: .....

Dátum: .....

.....  
podpis rodiča/zákonného zástupcu/klienta

### Vážení rodičia!

Cieľom vyšetrenia je zistiť individuálne predpoklady dôležité pre kariérový vývin /aktuálnu úroveň rozumových schopností, záujmov, motivácie a osobnostných vlastností/ ako východisko pre odporúčanie voľby ďalšieho štúdia, či povolania.

Psychologické vyšetrenie pre účely kariérového poradenstva nepnoletého klienta sa realizuje len s písomným súhlasom rodiča alebo zákonného zástupcu. Výsledky vyšetrenia profesijnej orientácie sú žiakovi/klientovi interpretované individuálne. Ak má rodič/zákonný zástupca nepnoletého klienta záujem o informácie o výsledkoch vyšetrenia je o nich informovaný v osobnom rozhovore. Výhodou vyšetrenia je možnosť dôkladne sa zorientovať v štruktúre a úrovni schopností klienta s návrhom ďalších výchovných či vzdelávacích postupov.

Pri testovaní sa používajú diagnostické nástroje, tzv. psychologické alebo špeciálnopedagogické testy, dotazníky a ďalšie metódy a postupy, ktoré vychádzajú z odborných vedeckých princípov platných v psychológii, psychodiagnostike, metodológii a psychometrii. Získané kvantitatívne a kvalitatívne údaje budú súčasťou spisu klienta spolu s ostatnými údajmi získanými pred vyšetrením (anamnestické údaje, pedagogická charakteristika), v priebehu vyšetrenia (záznamy z rozhovorov, interpretácie, poznámky) a po skončení vyšetrenia (správa o vyšetrení, závery z konzultácií).

Vyšetrenie je dobrovoľné, uskutoční sa v priestoroch školy, príp. v CPP Ružomberok vo vopred dohodnutom termíne.

*Naša služba je bezplatná.*

Podľa nariadenia 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 o vyjadrenie súhlasu resp. nesúhlasu, k možnosti pracovať s osobnými údajmi vášho dieťaťa, ktoré sú potrebné k psychologickému vyšetreniu.

**súhlasím/nesúhlasím\***

### Informovaný súhlas

V zmysle § 2 ods. y) Zákona č. 245/2008 o výchove a vzdelávaní v zmene a doplnení neskorších predpisov svojím podpisom potvrdzujem, že som bol riadne poučený/á o účele, dôsledkoch a rizikách poskytnutia odbornej starostlivosti v súvislosti s výchovou, vzdelávaním a úkonmi s týmto súvisiacimi.

.....  
podpis rodiča/zákonného zástupcu/klienta

\*(nehodiace sa preškrtnúť)