****

**CENTRUM ŠPECIÁNO-PEDAGOGICKÉHO PORADENSTVA**

**organizačná súčasť**

**SPOJENEJ ŠKOLY INTERNÁTNEJ, Karola Supa 48, 984 03 Lučenec**

**Ž i a d o s ť**

**o psychologické / o špeciálno-pedagogické vyšetrenie / o špeciálnopedagogické – logopedické vyšetrenie**

(nehodiace sa prečiarknite)

Meno a priezvisko dieťaťa / žiaka ...............................................................................................

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

Miesto narodenia..........................................................................................................................

Bydlisko dieťaťa / žiaka ..............................................................................................................

Bydlisko rodiča/zákonného zástupcu (ak je iné ako u dieťaťa)...................................................

...............................................................................................Tel.č.:............................................

Škola............................................................................................. Trieda.....................................

Dôvod vyšetrenia (popis) .............................................................................................................

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

**Vyšetrenie žiada:**

1. škola ......................................................................................................................................

* dátum, pečiatka, podpis

**INFORMÁCIE O PSYCHOLOGICKOM, ŠPECIÁLNO – PEDAGOGICKOM, ŠPECIÁLNOPEDAGOGICKO-LOGOPEDICKOM VYŠETRENÍ A ODBORNEJ STAROSTLIVOSTI** (ďalej len „vyšetrenie“)

Vyšetrenie sa realizuje **len s informovaným písomným súhlasom** rodiča/zákonného zástupcu dieťaťa alebo plnoletého žiaka. V prípade odmietnutia vyšetrenia nie je možné navrhnúť opatrenia zamerané na cielené riešenie vyskytujúcich sa problémov, nie je možné poskytnúť ani poradenstvo.

**Odborné vyšetrenie a odborná starostlivosť je** v CŠPP **poskytované bezplatne.** Údaje o psychickej identite a psychickej pracovnej spôsobilosti môže v zmysle zákona o ochrane osobných údajov, spracúvať len odborný zamestnanec alebo ten, komu to umožňuje osobitný zákon.

Rodič/zákonný zástupca, príp. plnoletý klient sú o výsledkoch vyšetrenia informovaní v osobnom rozhovore. **V prípade, že rodič nesúhlasí so zaslaním správy, vyhotoví sa o tom záznam a správa sa neposiela.** V danom prípade nemôže škola alebo školské zariadenie akceptovať navrhnuté opatrenia. **V opačnom prípade je podpis tohto súhlasu zároveň aj vyjadrením súhlasu so zaslaním správy.** Na vyšetrenie sa používajú diagnostické nástroje (tzv. psychologické, špeciálno-pedagogické, logopedické vychádzajúce z odborných vedeckých princípov platných v psychológii, špeciálnej pedagogike, psychodiagnostike, metodológii a psychometrii). Údaje z testov a ostatné údaje získané pred vyšetrením, v jeho priebehu a po jeho skončení (napr. anamnestické údaje, pedagogická charakteristika, záznamy z rozhovorov, interpretácie, poznámky, správa z diagnostického vyšetrenia, závery z konzultácií) sú súčasťou spisu klienta.

Osobné údaje sú spracovávané v zmysle platného školského zákona v rozsahu:

**o dieťati**: meno, priezvisko, dátum a miesto narodenia, bydlisko, rodné číslo, štátna príslušnosť, národnosť, fyzické zdravie, duševné zdravie, mentálna úroveň vrátane výsledkov psychologickej, špeciálno-pedagogickej a špeciálnopedagogickej – logopedickej diagnostiky;

**o rodičoch**: meno a priezvisko, trvalé bydlisko, telefónny kontakt, resp. mailový kontakt, údaje súvisiace s účelom vyšetrenia.

**Zamestnanci CŠPP sú povinní zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedeli pri svojej činnosti, a to aj po skončení pracovnoprávneho vzťahu v zariadení** v zmysle platného zákona o ochrane osobných údajov. Osobné údaje sa po uplynutí lehoty uloženia, t.j. po 20 rokoch od posledného poskytnutia starostlivosti, budú skartované v zmysle platnej legislatívy.

**Prevádzkovateľ**- Spojená škola internátna, organizačná súčasť CŠPP - spracúva osobné údaje v zmysle platného zákona o ochrane osobných údajov. Zaistením ochrany práv dotknutých osôb poveril Bc. Renátu Novenkovú, sociálnu pracovníčku CŠPP. Všetky povinné informácie sú zverejnené na webovej stránke Prevádzkovateľa. V prípade, že dotknutá osoba sa nevie s informáciami oboznámiť prostredníctvom internetu, je možné ich prevziať v listinnej podobe u Prevádzkovateľa.

INFORMOVANÝ SÚHLAS S VYŠETRENÍM A POSKYTOVANÍM ODBORNEJ STAROSTLIVOSTI

Rodič / zákonný zástupca/plnoletý klient (uveďte meno a priezvisko):

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

svojím podpisom prehlasujem, že po preštudovaní vyššie uvedených informácií, súhlasím s odborným vyšetrením a poskytovaním odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu / mojej osobe (meno a priezvisko):

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

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

podpis rodiča, zákonného zástupcu, plnoletého klienta

1. Súhlasím\*– nesúhlasím\*so spracovaním osobných údajov v rozsahu vytvorenia kópií lekárskych správ a nálezov, týkajúcich sa zdravotného stavu môjho dieťaťa / mojej osoby a s ich uložením v osobnom spise v CŠPP za účelom poskytovania odbornej starostlivosti po dobu poskytovania odbornej starostlivosti.

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

podpis rodiča, zákonného zástupcu, plnoletého klienta