



**Špecializované centrum poradenstva a prevencie
pre deti a žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou**

Štúrova 1989/41, 031 01 Liptovský Mikuláš

telefón: 044/4300045, email: scppliptovskymikulas@gmail.com, web. sídlo: www.scpplm.sk

ŽIADOSŤ O ODBORNÉ VYŠETRENIE/ODBORNÚ INTERVENCIU

(po vyplnení dôverné!)

Meno dieťaťa/žiaka:Dátum a miesto narodenia:.....
Štátna príslušnosť:.....Národnosť:.....Rodné číslo:.....
Adresa trvalého bydliska, PSČ:.....
Škola, trieda:.....Meno triedneho učiteľa:.....
Dieťa/žiak už bol/je v odbornej starostlivosti, uviesť kde (CPP, psychológ ap.):.....
Dôvod vyšetrenia dieťaťa/žiaka:.....

Vyšetrenie/vyjadrenie na účel poskytnutia podporných opatrení žiada: škola rodič/ZZ žiak iná inštitúcia

Údaje o rodičoch/ZZ dieťaťa/žiaka:

Zákonný zástupca 1:

Meno a priezvisko:kontakt: (tel., mail.).....

Bydlisko (ak sa nezhoduje s bydliskom dieťaťa):
.....

Rok narodenia:.....Dosiiahnuté vzdelanie:.....

Zákonný zástupca 2:

Meno a priezvisko:kontakt: (tel., mail.).....

Bydlisko (ak sa nezhoduje s bydliskom dieťaťa):
.....

Rok narodenia:.....Dosiiahnuté vzdelanie:.....

**INFORMOVANÝ SÚHLAS S POSKYTOVANÍM ODBORNEJ ČINNOSTI
A SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV**

Svojím podpisom potvrdzujem, že po preštudovaní uvedených informácií dobrovoľne súhlasím v zmysle § 2, pís. x) zákona č. 245/2008 Z. z. so psychologickým a špeciálnopedagogickým vyšetrením a s poskytovaním odborných činností podpornej úrovne 5. stupňa.

Vdňapodpis zákonného zástupcu1:.....
podpis zákonného zástupcu 2:.....
alebo plnoletého klienta:.....

Súhlasím s evidovaním a so spracovaním osobných údajov v ŠCPP pre deti a žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou Liptovský Mikuláš v zmysle čl. 6 ods. 1 pís. a) Nariadenia EP a Rady EÚ 2016/679 o ochrane údajov, v rozsahu uvedenom v § 11, ods. 6 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní za účelom poskytovania odbornej činnosti mne/môjmu dieťaťu/plnoletému klientovi. Súhlas udeľujem svojim podpisom do ukončenia starostlivosti.

Súhlasím Nesúhlasím so zaslaním správy inštitúcii oprávnenej zo zákona (napr. škole, CPP, ÚPSVaR, detský lekár, neurológ, klinický psychológ,.....)

Súhlasím Nesúhlasím s vyhotovovaním kópií správ z vyšetrení zo zdravotného záznamu dieťaťa, ktoré sú nevyhnutné pre poskytovanie odbornej starostlivosti a s ich uložením v osobnom spise dieťaťa, žiaka, plnoletého klienta.

Potvrdzujem, že som bol(a) informovaný(á) a riadne poučený(á) o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach starostlivosti v ŠCPP pre deti a žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou Liptovský Mikuláš. Riaditeľka ŠCPP pre deti a žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou Liptovský Mikuláš prijíma dieťa/žiaka/plnoletého klienta do starostlivosti na základe Žiadosti, informovaného súhlasu, Odporúčania lekára alebo CPP. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Vdňapodpis zákonného zástupcu1:.....
podpis zákonného zástupcu 2:.....
alebo plnoletého klienta:.....

INFORMÁCIE O PSYCHOLOGICKOM, ŠPECIÁLNO PEDAGOGICKOM VYŠETRENÍ A O ODBORNEJ ČINNOSTI (pred podpísaním starostlivo preštudujte)

● Spracovanie osobných údajov sa riadi Nariadením EP a Rady EÚ č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa ruší smernica EP a Rady EÚ 95/46/EHS a zákonom SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Súhlas so spracúvaním osobných údajov je možné kedykoľvek odvolať. Ďalšie práva: na prístup k údajom, na opravu, na vymazanie, na obmedzenie spracúvania, na prenosnosť údajov, právo namietať. Som si vedomý/á svojich práv, ktoré sú uvedené v čl. 12 až 23 Nariadenia EP a Rady EÚ o ochrane údajov, ktoré upravujú, resp. konkretizujú povinnosti prevádzkovateľa pri uplatňovaní práv dotknutých osôb.

● Vyšetrenie sa realizuje len s informovaným písomným súhlasom rodiča (zákonného zástupcu) dieťaťa/žiaka alebo plnoletého klienta; je možné ho odmietnuť bez právnych dôsledkov; dôsledkom je, že bez vyšetrenia nie je dieťaťu/žiakovi možné navrhnúť cielené riešenie u vyskytujúcich sa problémov, zároveň zákonnému zástupcovi/plnoletému klientovi nemožno poskytnúť poradenstvo. Vyšetrenie ponúka možnosť dôkladne sa zorientovať v štruktúre psychických vlastností dieťaťa a prípadnej identifikácii možných nežiaducich vplyvov, ako aj návrh opatrení na riešenie problému alebo ďalších výchovných, či vzdelávacích postupov. Vyšetrenie trvá zvyčajne 2 až 4 hodiny; obsahuje vyšetrenie schopností, osobnosti, záujmov, vedomostí, zručností, poprípade iných oblastí ovplyvňujúcich sociálny a psychický vývin dieťaťa; vykonáva sa individuálne alebo skupinovo. Plnoletý žiak, rodič (zákonný zástupca) dieťaťa/žiaka sú o výsledkoch vyšetrenia informovaní v osobnom rozhovore.

● Správa z diagnostického vyšetrenia sa posiela zo zákona oprávnenej inštitúcii, ktorá o ňu požiada (napr. škola, zariadenie poradenstva a prevencie, lekár, ÚPSVaR). Rodič/ zákonný zástupca/plnoletý klient má právo oboznámiť sa s jej obsahom. V prípade, že rodič nesúhlasí so zaslaním správy, urobí sa o tom záznam a správa sa neposiela.

● Na vyšetrenie sa používajú diagnostické nástroje (tzv. psychologické, špeciálnopedagogické, IKT metódy, vychádzajúce z odborných vedeckých princípov platných v psychológii, špeciálnej pedagogike, psychodiagnostike, metodológii a psychometrii). Kvantitatívne a kvalitatívne údaje z testov sú súčasťou osobného spisu dieťaťa spolu s ostatnými údajmi získanými pred vyšetrením (napr. anamnestické údaje, pedagogická charakteristika), v priebehu vyšetrenia (záznamy z rozhovorov, interpretácie, poznámky) a po skončení vyšetrenia (správa z diagnostického vyšetrenia, závery z konzultácií, písomné vyjadrenie).

● Osobné údaje v rámci vyšetrenia sú zisťované a spracovávané v rozsahu § 11, ods. 6 pís. a) b) zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní: O dieťati: meno, priezvisko, dátum a miesto narodenia, adresa trvalého bydliska, adresa miesta, kde sa dieťa alebo žiak obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu; rodné číslo, štátna príslušnosť, národnosť, fyzické zdravie, duševné zdravie, mentálna úroveň vrátane výsledkov psychologickkej, špeciálnopedagogickkej diagnostiky, rozhodnutia týkajúce sa výchovy a starostlivosti, podobizne a obrazové snímky. O rodičoch: meno a priezvisko, vzdelanie, trvalé bydlisko, telefónny kontakt, resp. mailový kontakt. Ďalšia dokumentácia v zmysle § 11 ods. 3 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) je najmä: správa z diagnostického vyšetrenia, osobný spis dieťaťa. V spracúvaných osobných údajoch sú aj osobné údaje patriace do osobitnej kategórie osobných údajov. Zamestnanci ŠCPP pre deti a žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou sú povinní zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedeli pri svojej činnosti, a to aj po skončení pracovnoprávneho vzťahu v zariadení, a to podľa § 8 ods. 1, pís. c) zákona č. 552/2003 Z. z. o výkone prác vo verejnom záujme, podľa § 3 zákona č. 199/1994 Z. z. o psychologickkej činnosti, podľa § 79 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov, ako aj podľa § 11 ods. 7 školského zákona č. 245/2008. S osobnými údajmi ŠCPP pre deti a žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou Liptovský Mikuláš nakladá podľa uvedených zákonov a bez písomného súhlasu rodiča dieťaťa alebo jeho zákonného zástupcu, resp. žiaka - klienta, nebudú poskytnuté iným osobám. Po uplynutí skartovacej lehoty, ktorá je stanovená v § 7 pís. d) vo vyhláske MŠ SR č. 339/2023 Z. z. budú skartované a zničené.

● Odborné vyšetrenie a odborná starostlivosť sú v ŠCPP pre deti a žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou Liptovský Mikuláš poskytované bezplatne (§ 130, ods. 7, zákona č. 245/2008 Z. z.).

● Podporným opatrením (§ 145a ods. 1 zákona č. 245/2008 Z. z.) je opatrenie poskytované školou alebo školským zariadením potrebné na to, aby sa dieťa alebo žiak mohli plnohodnotne zapájať do výchovy a vzdelávania a rozvíjať svoje vedomosti, zručnosti a schopnosti. Podľa § 145b ods. 1 Podporné opatrenie sa poskytuje na základe vyjadrenia a) PZ, OZ alebo vyjadrenia zariadenia poradenstva a prevencie v rámci OČ podľa § 131 ods. 4 písm. a), ods. 5 písm. d) alebo ods. 6 písm. d), ak ide o podporné opatrenie podľa § 145a ods. 2 písm. a), c), e), f), j), k), n), q), r), alebo písm. s), alebo b) zariadenia poradenstva a prevencie v rámci OČ podľa § 131 ods. 4 písm. a), ods. 5 písm. d) alebo ods. 6 písm. d), ak ide o podporné opatrenie podľa § 145a ods. 2 písm. b), d), g), h), i), l), m), o) alebo písm. p).

● Vyhlasenie dotknutej osoby

Svojim vlastnoručným podpisom vyhlasujem a potvrdzujem, že som sa oboznámil/a so všetkými informáciami uvedenými v tomto dokumente a znením článku 12 až 23 Nariadenia EP a Rady EÚ o ochrane údajov, uvedené informácie sú mi zrozumiteľné a ich obsahu rozumiem.

Vdňapodpis zákonného zástupcu 1:.....
podpis zákonného zástupcu 2:.....
alebo plnoletého klienta:.....