

Centrum poradenstva a prevencie

# Bakalárska 2, 971 01 Prievidza,

# 🕿 046/519 95 23 🕿 0918/028 487 🕿 046/519 95 11 🕿 046/542 70 88

**ŽIAdosŤ**

**PLNOLETÉHO KLIENTA o poskytnutie služieb vykonávaných v CPP**

**Žiadam o poskytnutie odborných** /psychologických, špeciálno-pedagogických, sociálno-pedagogických/ **služieb** (vyšetrenie, terapia, korekcia, poradenstvo, reedukácia) \* **v CPP Prievidza**

***Meno, priezvisko:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trvalé bydlisko:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Adresa školy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Trieda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Doteraz vedený/á v CPP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Špecifikácia služby: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

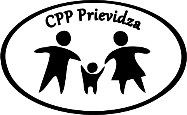
**Súhlasím s psychologickým,  špeciálno-pedagogickým, sociálno-pedagogickým vyšetrením, (reedukáciou, korekciou, terapiou, poradenstvom )\*, spracovaním mojich osobných údajov podľa zákona 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a § 2 písm. z) zákona 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon). Súhlasím s vytvorením fotokópií lekárskych správ a nálezov týkajúcich sa zdravotného stavu a ich použitím pre potreby poskytovania starostlivosti CPP. Bol/a som riadne poučený/á o dôsledkoch svojho súhlasu.**

**Svojim podpisom dávam zároveň súhlas s prijatím do starostlivosti CPP Prievidza.**

**Čestne vyhlasujem, že nie som klientom iného CPP, resp. nie je mi poskytovaná rovnaká starostlivosť v inom CPP.**

**V Prievidzi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis plnoletého klienta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(\*nehodiace sa prečiarknite)



Centrum poradenstva a prevencie

# Bakalárska 2, 971 01 Prievidza,

# 🕿 046/519 95 23 🕿 0918/028 487 🕿 046/519 95 11 🕿 046/542 70 88

**ŽIAdosŤ**

**PLNOLETÉHO KLIENTA o poskytnutie služieb vykonávaných v CPP**

**Žiadam o poskytnutie odborných** /psychologických, špeciálno-pedagogických, sociálno-pedagogických/ **služieb** (vyšetrenie, terapia, korekcia, poradenstvo, reedukácia) \* **v CPP Prievidza**

***Meno, priezvisko:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trvalé bydlisko:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Adresa školy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Trieda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Doteraz vedený/á v CPP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Špecifikácia služby: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Súhlasím s psychologickým,  špeciálno-pedagogickým, sociálno-pedagogickým vyšetrením, (reedukáciou, korekciou, terapiou, poradenstvom )\*, spracovaním mojich osobných údajov podľa zákona 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a § 2 písm. z) zákona 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon). Súhlasím s vytvorením fotokópií lekárskych správ a nálezov týkajúcich sa zdravotného stavu a ich použitím pre potreby poskytovania starostlivosti CPP. Bol/a som riadne poučený/á o dôsledkoch svojho súhlasu.**

**Svojim podpisom dávam zároveň súhlas s prijatím do starostlivosti CPP Prievidza.**

**Čestne vyhlasujem, že nie som klientom iného CPP, resp. nie je mi poskytovaná rovnaká starostlivosť v inom CPP.**

**V Prievidzi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis plnoletého klienta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(\*nehodiace sa prečiarknite)