

Žiadosť o zaradenie do odbornej starostlivosti

Zákonný zástupca (ZZ):

Meno a priezvisko matky:.....

Meno a priezvisko otca :.....

Adresa trvalého/prechodného pobytu ZZ.....

Kontaktný údaj:.....

Dieťa, žiak / dospelý klient (klient)

Meno a priezvisko :

Dátum narodenia:..... Rodné číslo:

Adresa trvalého/prechodného pobytu:

ZZ a klient žijú v spoločnej domácnosti: áno nie

Klient je v starostlivosti: oboch vlastných rodičov / matky / otca / iné

.....
**Č e s t n é v y h l á s e n i e - pre zber údajov a súhlas so započítaním do zberu údajov
podľa § 7a odsek 4 až 6 zákona č. 597/2003 Z. z.**

Vyššie uvedený a dolu podpísaný ZZ/ dospelý klient, meno a priezvisko :

.....
čestne vyhlasujem, že dávam súhlas súkromnému zariadenia poradenstva a prevencie
- SŠCPP pre deti a žiakov s NKS, Piaristická 1379/2, Nitra a jeho zriaďovateľovi - na započítanie
klienta do zberu údajov pre účely rozdeľovania a poukazovania výnosu dane z príjmov obciam,
samosprávnym krajom v tomto a nasledujúcich kalendárnych rokoch až do ukončenia
poskytovaných služieb. Odborné služby sú pre klienta v uvedenom súkromnom zariadení
poradenstva a prevencie poskytované podľa potrieb klienta alebo aj dopĺňajú odbornú starostlivosť
pre klientov a ich ZZ, pedagógov s odbornou starostlivosťou v zariadeniach poradenstva
a prevencie rovnakého druhu*, teda nie sú duplicitné.

V Nitre dňa

podpis ZZ dieťaťa, žiaka / klienta

*Školské zariadenia rovnakého druhu je: iné súkromné školské zariadenia poradenstva a prevencie

Všetky získané informácie budú považované za dôverné a bude sa s nimi disponovať v zmysle
zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o z. a d. niektorých zákonov.