

**Centrum pedagogicko – psychologického poradenstva a prevencie Bratislava  
V, Švabinského 3352/7, 851 01 Bratislava**

---

**Prihláška na psychologické vyšetrenie - profesijný vývin**

Na základe prejaveneho záujmu zo strany strednej školy realizuje psychológ CPPPaP Bratislava 5 v priestoroch SŠ/ CPPPaP skupinové psychologické vyšetrenie zamerané na poradenstvo v oblasti profesijného vývinu.

**Poučenie:**

Psychologické vyšetrenie bude realizované len s písomným súhlasom klienta. Spravidla trvá 4 hodiny a je zamerané na vyšetrenie schopností klienta, jeho záujmov, motivácie a osobnosti. Súčasťou tohto vyšetrenia je poskytnutie osobných údajov, ktoré súvisia s poskytovanou službou.

V následnej individuálnej konzultácii bude klient ( v prípade záujmu aj zákonný zástupca) informovaný o výsledkoch vyšetrenia. V prípade potreby je možné pokračovať v poradenskom procese individuálnou formou. Údaje získané počas vyšetrenia a konzultácii sú súčasťou spisu klienta.

**INFORMOVANÝ SÚHLAS**

(v zmysle Zákona č. 245/2008 Z.Z. o výchove a vzdelávaní § 2,§11 a Zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov)

Svojim podpisom potvrdzujem, že súhlasím s tým, aby Centrum pedagogicko - psychologického poradenstva a prevencie V, Švabinského 3352/ 7, 851 01 Bratislava za účelom realizácie psychologického vyšetrenia a poradenstva v oblasti profesijného vývinu spracúvalo moje osobné údaje v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. a) všeobecného nariadenia o ochrane údajov, v rozsahu uvedenom v § 11, ods. 6 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní.

Súhlas udeľujem do ukončenia starostlivosti CPPPaP Švabinského 3352/7 Bratislava. Som si vedomý, že svoj súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

Na základe poučenia **‘súhlasím / nesúhlasím** so psychologickým vyšetrením a poradenstvom v oblasti profesijného vývinu pre

.....  
(meno, priezvisko žiaka )

Dátum narodenia:.....,RČ ....., adresa bydliska.....

..... PSČ: .....

Kontakt (mailový/telefonický):  
.....

Dátum : ..... Podpis klienta : .....  
•nehodiace sa prečiarknite