

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM
100 00 PRAHA 10, Starostrašnická 45, tel.: 721 450 105, 274 776 437
spc.starostrasnicka@email.cz

**Informovaný souhlas s poskytnutím poradenské služby
a se zpracováním a uchováním osobních údajů ve školském poradenském zařízení**

Zákonný zástupce/zletilý žák nebo student
(jméno a příjmení) _____

Požaduji poskytnutí poradenské služby na
pracovišti SPC Starostrašnická 45, Praha 10 pro:

Jméno a příjmení: _____

Datum
narození: _____

bydliště: _____

**Důvod žádosti (stručně
popište):** _____

Prohlašuji, že jsem byl/a předem srozumitelně a jednoznačně informován/a o:

- a) všech podstatných náležitostech poskytované poradenské služby, zejména o průběhu, rozsahu, délce, cílech a postupech poskytované poradenské služby,
- b) prospěchu, který je možné očekávat, a o všech předvídatelných důsledcích, které mohou vyplynout z poskytování poradenské služby,
- c) svých právech a povinnostech spojených s poskytováním poradenských služeb, včetně práva žádat kdykoli poskytnutí poradenské služby znovu, práva podat návrh na projednání podle § 16a odst. 5 školského zákona, práva žádat o revizi podle § 16b školského zákona a práva podat podnět České školní inspekci podle § 174 odst. 5 školského zákona.

Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které byly poradenským pracovníkem zodpovězeny:

a) ANO

b) NE

V případě, že má být poradenská služba poskytnuta nezletilému dítěti, bylo přiměřeně poučeno, dostalo možnost klást doplňující otázky s ohledem k věku a rozumové vyspělosti.

Souhlasím/ nesouhlasím* se zpracováním a uchováním osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Beru na vědomí, že **doporučení** školského poradenského zařízení **bude rovněž poskytnuto škole nebo školskému zařízení.**

Poučení provedl/a, podpis: _____

**Podpis zákonného zástupce/
/zletilého žáka nebo studenta:**

Dne: _____

Kontakt na zákonného zástupce:

Telefon: E-mail:

Korespondenční adresa (pokud je odlišná od adresy uvedené výše):