**Dôverné!**

**INFORMOVANÝ SÚHLAS**

zákonného zástupcu dieťaťa **s poskytnutím poradenstva** v SCPP Inštitút detskej reči

Meno a priezvisko dieťaťa: Narodené:

Rodné číslo dieťaťa: MŠ/ škola, trieda:

Bydlisko:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: Telefón:

E-mail zákonného zástupcu:

Dôvod žiadosti o online konzultáciu:

Svojim podpisom vyjadrujem súhlas **s telefonickou/online konzultáciou** vykonanouodborným zamestnancom SCPP IDR, **za účelom poradenstva.**

Zaväzujem sa, že takto získané informácie a **podklady nebudem žiadnou formou zverejňovať**, ani zaznamenávať na audio/či video médium, ani poskytovať tretím osobám, či využívať na komerčné účely (zahŕňa: webové portály, mediálne zverejňovanie, zdieľanie akoukoľvek online formou, ... a pod). Zároveň **súhlasím s príspevkom** za takto poskytnutú konzultáciu: 30 € / 30 min.

Upozornenie: Vami poskytované**informácie a údaje podliehajú zákonu o ochrane osobných údajov a GDPR. Týmto zároveň poskytujete podklady pre štatistické spracovanie a evidenciu v EVUPP.**

*Súhlasím so spracovaním osobných údajov na uvedené účely: áno/nie -* (nehodiace sa vyčiarknite).

*Zároveň prehlasujem, že* ***som / nie*** *som klientom iného súkromného poradenského zariadenia (ŠCPP, CPP) -* (nehodiace sa vyčiarknite).

V prípade, že ste v logopedickej/psychologickej starostlivosti, uveďte prosím adresu zariadenia a meno odborného zamestnanca:

................................................................................................................................................

**V ................................................. dňa :**

**Podpis** (písaným písmom) **zákonného zástupcu klienta: ...................................................................**