**Individuální souhlas s činností školního psychologa**

Souhlasím, aby ………………………………………………………………………………………..

narozen/a …..……………….. ………….bydlištěm…. ………………………………………….

byl/a psychologicky veden/a, a aby ZŠ Vejrostova 1 Brno zpracovávala a uchovávala dle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a v souladu s nařízením č. 2016/679 Evropského parlamentu a Rady EU o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (dále jen „obecné nařízení o ochraně osobních údajů“) veškeré dítětem poskytnuté osobní údaje o dítěti a rodině v období vymezeném příslušnými předpisy pro archivaci dat (zákon č. 499/2004 Sb., o archivnictví) za účelem poskytnutí odborné poradenské služby.

Byl jsem poučen o tom, že podle zákona o ochraně osobních údajů a GDPR mám právo:

* vzít souhlas kdykoliv zpět písemným odvoláním souhlasu doručený statutárnímu orgánu této školy, školského zařízení,
* požadovat po pracovnících školy informaci, jaké osobní údaje zpracováváme,
* požadovat po pracovnících školy vysvětlení ohledně zpracování osobních údajů,
* vyžádat si ve škole přístup k těmto údajům a tyto nechat aktualizovat nebo opravit,
* požadovat po pracovnících školy výmaz těchto osobních údajů,
* v případě pochybností o dodržování povinností souvisejících se zpracováním osobních údajů obrátit se na školu nebo na Úřad pro ochranu osobních údajů.
* v případě, že se budete domnívat, že zpracování osobních údajů je v rozporu s tímto souhlasem, můžete žádat blokování, provedení opravy, doplnění nebo likvidaci osobních údajů.

Zakázka: (*Zaškrtni)*

* poskytnutí poradenské služby, zpracování a uchování osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a v souladu s nařízením č. 2016/679 Evropského parlamentu a Rady EU o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů
* *psychologické* vyšetření dítěte a zpracování a uchování osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a v souladu s nařízením č. 2016/679 Evropského parlamentu a Rady EU o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů.

Předpokládané trvání a rozsah práce:

Postup:

Telefon a e-mail na rodiče:

Souhlas poskytuje otec/matka/jiný zákonný zástupce

…………………………………………..

 Jméno a příjmení

…………………………… ………………………………………..

 Datum Podpis

Mgr. Lucie Malachtová , 725 757 717, skol.psych@vejrostova.cz