

INFORMOVANÝ SOUHLAS S PSYCHOLOGICKOU DIAGNOSTIKOU A TESTOVÁNÍM

Poskytovatel služeb / Psycholog:

Jméno a příjmení:	[PhDr. Dana Marková
Pracoviště / Organizace:	[ZŠ a MŠ Komenského, Nymburk
Kontakt (e-mail, tel.):	markovad@email.cz , 776 164 501

1. Účel a rozsah diagnostiky

Tímto dávám svůj výslovný souhlas s prováděním psychologické diagnostiky a testování u:

Jméno a příjmení klienta:	
Datum narození:	
Účel testování:	[Např. posouzení profesních předpokladů / diagnostika schopností / kariérní poradenství]
Kontakt na zákonného zástupce (e-mail, tel.):	

2. Práva testované osoby

Byl/a jsem řádně informován/a o tom, že:

- Účast na psychologické diagnostice je zcela dobrovolná.
- Mám právo klást doplňující otázky týkající se průběhu, použitých metod i účelu testování.
- Mám právo být seznámen/a s výsledky diagnostiky a obdržet odbornou zpětnou vazbu od psychologa.

3. Důvěrnost a ochrana osobních údajů (GDPR)

- Veškeré získané informace, testové materiály a výsledky podléhají mlčenlivosti psychologa v souladu s etickým kodexem psychologické profese a platnými právními předpisy.
- Osobní údaje a naměřená data budou bezpečně uloženy a chráněny před přístupem neoprávněných osob.
- Výsledky diagnostiky nebudou bez mého předchozího písemného souhlasu poskytnuty žádným třetím osobám či subjektům (s výjimkou případů výslovně stanovených zákonem).

4. Souhlas a prohlášení

Podpisem stvrzuji, že jsem si tento formulář přečetl/a, jeho obsahu plně rozumím, souhlasím s ním a měl/a jsem možnost položit doplňující dotazy, které mi byly řádně zodpovězeny.

V dne

.....
Podpis klienta / zákonného zástupce