

사전 동의서

교내 상담 센터에서의 상담 서비스 제공 관련

법정대리인/성년 학생

(이름과 성)

교육심리상담센터의 상담서비스 제공을 요청합니다.

고객의 이름과 성:

생년월일: 거주지:

요청 사유(간단히 기술하세요):

본인은 다음 사항에 대해 사전에 명확하고 명료하게 정보를 받았음을 선언합니다.

- a) 제공되는 상담 서비스의 모든 필수 세부 정보, 특히 제공되는 상담 서비스의 과정, 범위, 기간, 목표 및 절차,
- b) 예상할 수 있는 혜택 및 상담 서비스 제공으로 인해 발생할 수 있는 모든 예측 가능한 결과,
- c) 언제든지 상담 서비스 제공을 다시 요청할 수 있는 권리, 교육법 §16a의 5항에 따른 청문 권리, 교육법 §16b에 따라 검토를 요청할 수 있는 권리, 교육법 §174의 5항에 따라 체코 학교 감사관에게 시정 요청서를 제출할 권리를 포함하는 상담 서비스 제공과 관련된 본인의 권리와 의무.

본인은 추가 질문을 할 기회가 있었으며, 이에 대해 상담사로부터 답변을 받았습니다.

- a) 예
- b) 아니오 *

미성년자에게 제공된 상담 서비스에서 추가 질문을 할 수 있는 기회가 있었으며, 상담사의 설명 및 답변은 연령 및 정신적 성숙도에 맞게 이루어졌습니다.

본인은 다음의 권리에 대해 안내 받았습니: 개인정보 열람요구권, 개인정보 정정·보완·삭제권, 다른 컨트롤러에게 개인정보 이전권, 개인정보 처리에 대한 이의제기권, 감독기관, 즉 프라하 소재 개인정보보호청에 불만 제기권. 개인정보의 처리의 철회는 행정 사무실에서 서면 제출을 통해 가능합니다.

처리된 개인정보의 범주는 다음 웹사이트에서 확인할 수 있습니다.....

상담 직원:

이름과 성 서명

날짜: 법정대리인/성년 의뢰인의 서명

*해당되지 않는 것에 삭제표시