**Žiadosť o prijatie dieťaťa do zariadenia starostlivosti o deti do troch rokov veku**

**dieťaťa**

Miesto poskytovania: **Ulica A. Mišúta 731/4, 971 01 Prievidza**

**Matka:**

Meno a priezvisko:..................................................................................................................

Trvalý pobyt:............................................................................................................................

Tel. kontakt:.............................................................................................................................

Zamestnávateľ:.......................................................................................................................

E-mailová adresa:....................................................................................................................

**Otec:**

Meno a priezvisko:..................................................................................................................

Trvalý pobyt:............................................................................................................................

Tel. kontakt:.............................................................................................................................

Zamestnávateľ:........................................................................................................................

E-mailová adresa:...................................................................................................................

**Údaje o dieťati:**

Meno a priezvisko:...................................................................................................................

Dátum narodenia:..........................................Rodné číslo:......................................................

Trvalý pobyt:............................................................................................................................

Požadovaný termín nástupu (nezáväzný):.............................................................................

Poskytnuté osobné údaje budú spracované len za účelom vybavenia Vašej žiadosti v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady č.2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a zákonom č.18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov. Osobné údaje môžu byť poskytnuté - Sociálna poisťovňa, Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, Okresný súd, Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny. Prístup k osobným údajom budú mať len tí zamestnanci jaslí a mesta, ktorí majú na starosti vybavenie žiadosti. Osobné údaje nebudú poskytnuté do tretích krajín. Po vybavení žiadosti budú osobné údaje a žiadosť archivované v súlade s registratúr-nym plánom mesta. Môžete od nás požadovať prístup k Vašim osobným údajom, máte právo na ich opravu, právo namietať proti spracúvaniu. Ak sa domnievate, že Vaše osobné údaje sú spracúvané nespravodlivo alebo nezákonne, môžete podať sťažnosť na dozorný orgán ako aj právo podať návrh na začatie konania dozornému orgánu ktorým je Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky, Hraničná 12, 820 07 Bratislava 27. Predmetné práva si môžete uplatniť  písomne doručením žiadosti na adresu: Námestie slobody č. 14, 971 01 Prievidza, osobne do podateľne  alebo elektronicky na email info@prievidza.sk . Kontakt na osobu zodpovednú za ochranu osobných údajov: [zodpovednaosoba@somi.sk](mailto:zodpovednaosoba@somi.sk). Viac informácií o ochrane osobných údajov nájdete na našej webovej stránke – www.prievidza.sk.

Podpis zákonného zástupcu:............................................................................

V Prievidzi dňa:................................................................................................

# Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

# od všeobecného lekára pre deti a dorast

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa od všeobecného lekára pre deti a dorast, vrátane údajov o očkovaní, príp. neočkovaní podľa § 24 ods. 7 Zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a § 3 ods. 1 Vyhlášky MŠVV a Š SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov.

**Meno a priezvisko dieťaťa:**...........................................................................................

Dátum narodenia:...........................................................................................................

Bydlisko:...........................................................................PSČ ......................................

**Údaje o povinnom očkovaní:** ....................................................................................................

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

**Alergie:**........................................................................................................................................

Užíva pravidelne lieky? Ak áno aké? : .........................................................................................

**Iné závažné ochorenia, problémy, úrazy, stravovacie obmedzenia** /EPI, DM, kŕče, vývinové poruchy, ADD, ADHD, psychiatrické ochorenie, prekonané infekčné ochorenia a iné/ **:**

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

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

\*

***\****Nehodiace sa preškrtnite!

Dátum:...................................... Pečiatka a podpis lekára**:** .........................................................

Vyplní lekár!

## Doplňujúce informácie rodiča/ zákonného zástupcu o dieťati:

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

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

**Potvrdenie zamestnávateľa o pracovnom pomere zamestnanca**

Zamestnávateľ:.....................................................................................................................

týmto potvrdzujem, že menovaný/á......................................................................................

vykonáva pracovnú činnosť na základe..............................................................................

uzatvorenej dňa.............................................................a pracovný pomer v čase vydania

tohto potvrdenia trvá.

Miesto vydania potvrdenia:

Dátum:

pečiatka a podpis zamestnávateľa