



CENTRUM PEDAGOGICKO – PSYCHOLOGICKÉHO PORADENSTVA A PREVENČIE
LEVOČA
NÁMESTIE MAJSTRA PAVLA 59, 054 01 LEVOČA

ŽIADOSŤ

O ZAPOJENIE DO PROGRAMU KARIÉRNEHO PORADENSTVA *)

NA ZÁKLADE ŽIADOSTI ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCOV/ ŠKOLY/PLNOLETÉHO ŽIAKA *)

SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV UVEDENÝCH V ŽIADOSTI A ICH POSKYTNUTÍM CPPP A P

S Ú H L A S Í M

A VYHLASUJEM, ŽE SOM BOL(A) RIADNE POUČENÝ(Á) O DÔSLEDKOCH SÚHLASU.

.....
Podpis zákonného zástupcu/plnoletého žiaka*)

ČASŤ I. – OSOBNÉ ÚDAJE

Meno a priezvisko		Číslo spisu (vyplní CPPPaP):	
Dátum narodenia			
Trvalé bydlisko			
Názov a adresa školy			
Národnosť/materinský jazyk			
Počet členov domácnosti			
Rodičia/zákonní zástupcovia*)			
Meno matky:		Meno otca:	
Vek:			
Najvyššie ukončené vzdelanie:			
Povolanie:			

