

## ŽIADOSŤ PLNOLETÉHO DIEŤAŤA O POSKYTNUTIE ODBORNEJ ČINNOSTI

v súlade s §2 ods. 2 písm. a) a ods. 3 vyhlášky MŠVVaŠ SR č. 24/2022 o zariadeniach  
poradenstva a prevencie

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

**Dátum narodenia:** .....

**Adresa trvalého pobytu:** .....

**Adresa obvyklého pobytu\*:** .....

/\*vyplňte, len ak sa nezdržiavate na adrese trvalého pobytu/

### Kontakt na komunikáciu:

**Telefón:** .....

**Email:** .....

.....

podpis žiadateľa

### Povinné prílohy k žiadosti:

- 1) Odporúčanie z centra poradenstva a prevencie, odporúčanie od všeobecného lekára pre deti a dorast alebo odporúčanie lekára so špecializáciou (detský psychiater, detský neurológ, psychiater, neurológ) na vykonanie odbornej činnosti špecializovaného centra poradenstva a prevencie.
- 2) Informovaný súhlas o odbornej činnosti a o právach a povinnostiach plnoletého dieťaťa.

