

정신건강전문가 학교방문지원사업 이용을 위한
개인정보 수집 및 이용·제공 동의서 (센터용)

아래의 내용은 정신건강전문가 학교방문지원사업의 프로그램 및 서비스를 이용을 위하여 필요한 개인정보 수집 및 이용, 제3자 제공 등 사항을 안내하고 이에 대한 동의를 받기 위해 작성합니다.

1. 개인정보 수집·이용에 관한 동의

- 개인정보 수집·이용목적: 정신건강전문가 학교방문지원사업 서비스 제공 및 관리, 서비스 개선을 위한 효과성 평가 등 연구
- 개인정보 수집항목
 - 일반 개인정보: 성명, 생년월일, 이메일, 연락처(유선전화, 휴대전화 중 택1), 주소, 가족관계(관계, 이름, 생년월일, 성별), 학교명, 학교생활(성적수준, 교사 및 친구와의 관계, 학교생활만족도), 경제적 수준(수급여부, 월 소득)
 - 민감정보: 학생정서·행동특성검사결과 및 기관연계경험, 병력 및 과거력(치료 및 상담경력 등), 상담 내용 등에 포함 되어 있는 학생의 건강에 관한 정보
- 개인정보의 보유 및 이용기간: 동의일로부터 5년(개인정보 처리목적 달성하게 되었을 때는 개인정보를 파기함)
- 동의거부 권리 및 동의거부에 따른 불이익: 귀하는 위와 같은 개인정보 및 민감정보의 수집 및 이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 다만, 동의하지 않을 경우 정신건강전문가 학교방문지원사업의 서비스 이용이 제한될 수 있습니다.

개인정보 보호법 제15조에 따라 정신건강전문가 학교방문지원사업단 거점센터의 일반 개인정보 수집·이용에 동의하십니까?

동의함 동의하지 않음

개인정보 보호법 제23조에 따라 정신건강전문가 학교방문지원사업단 거점센터의 민감정보 수집·이용에 동의하십니까?

동의함 동의하지 않음

2. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

- 개인정보를 제공받는 자 및 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적, 제공하는 개인정보 항목

개인정보를 제공받는 자	개인정보 이용목적	제공하는 개인정보 항목
정신건강전문가 학교방문지원사업 중앙지원단 및 타 거점센터 (거점센터 현황은 [http://www.smhrc.kr] 에서 확인하실 수 있습니다.)	서비스 제공, 관리 및 개선을 위한 면담 및 사례 검토, 기관연계 등 서비스 제공 및 관리	<ul style="list-style-type: none"> • 일반 개인정보: 성명, 생년월일, 이메일, 연락처(유선전화, 휴대전화 중 택1), 주소, 가족관계(관계, 이름, 생년월일, 성별), 학교명, 학교생활(성적수준, 교사 및 친구와의 관계, 학교생활만족도), 경제적 수준(수급여부, 월 소득) • 민감정보: 학생정서·행동특성검사결과 및 기관연계경험, 병력 및 과거력(치료 및 상담경력 등), 상담 내용 등에 포함되어 있는 학생의 건강에 관한 정보 • 교육청 치료비 지원사업 중복수혜 여부에 대한 정보
학생정신건강지원센터	정신건강전문가 학교 방문사업 제공 및 지원	일반 개인정보: 상동 민감정보: 상동
참여 학생의 법정대리인 (학생·타인의 안전이 위협받는 상황, 즉 자해나 자살 시도 계획, 타해 위협, 학대나 방임이 의심되는 경우에 한함)	학생·타인의 안전 확보	<ul style="list-style-type: none"> • 일반 개인정보: 상동 • 민감정보: 상동
교육부 및 교육(지원)청	운영 실적정보 관리	학교급, 학교명, 학년, 성별, 지역

- 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간: 동의일로부터 5년(개인정보 처리목적 달성하게 되었을 때는 개인정보를 파기함)
- 동의거부 권리 및 동의거부에 따른 불이익: 귀하는 위와 같은 개인정보 및 민감정보의 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 위 항목 동의 거부 시 정신건강전문가 학교방문지원사업의 서비스 이용이 제한될 수 있습니다.
- 심층심리검사 진행시 인천광역시교육청 치료비 지원 사업 중복 여부 확인을 위해 학생 및 보호자 개인정보를 활용할 수 있습니다. 서비스 중복될 시 심층심리검사 참여에 제한될 수 있습니다.

개인정보보호법 제17조에 따라 정신건강전문가 학교방문지원사업단 거점센터의 일반 개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까?

동의함 동의하지 않음

개인정보보호법 제23조에 따라 정신건강전문가 학교방문지원사업단 거점센터의 민감정보의 제3자 제공에 동의하십니까?

동의함 동의하지 않음

만 14세 미만의 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요합니다. 귀하는 미성년자의 법정 대리인으로 정신건강전문가 학교 방문지원사업 서비스 이용 신청 및 상기와 같은 개인정보 처리에 대해 모두 동의하십니까?

법정대리인 성명 (인/서명)

법정대리인 관계 법정대리인 연락처

동의함 동의하지 않음

본인은 학교의 개인정보 수집 및 이용·제공에 동의합니다.

년 월 일 신청자 : (인/서명)