Informacione rreth regjistrimit të të dhënave personale
dhe deklarimi i pëlqimit

Ort, Datum

Adresse

Adresse

Adresse

Adresse

Të nderuar prindër, të nderuar kujdestarë ligjorë, të nderuar zonja dhe zotërinj,

Në klasën e fëmijës tuaj / në edukimin e hershëm ortopedagogjik / në logopedi, një student, një studente e Shkollës së Lartë Pedagogjike FHNW e kryen një praktikë.

Për trajnimin e studentëve, disa pjesë të mësimit / të mësimit plotësues / të terapisë do të regjistrohen në video ose me një pajisje regjistrimi audio. Gjatë këtyre regjistrime, nuk mund të përjashtohet mundësia që edhe fëmija juaj do të regjistrohet / edhe ju do të regjistroheni. Shkolla e Lartë Pedagogjike FHNW ju siguron që këto të dhëna do të trajtohen në mënyrë konfidenciale, se të drejtat personale të të gjithë atyre që përfshihen do të mbrohen, se të gjitha udhëzimet për mbrojtjen e të dhënave do të respektohen në mënyrë rigoroze dhe se asnjë informacion ose të dhëna nuk do të kalohet tek palët e treta. Të dhënat do të përdoren vetëm për ripërpunimin e praktikës, prandaj shprehimisht nuk do të publikohen. Të gjitha të dhënat që nuk janë të anonimizuara do të fshihen pasi të ketë përfunduar kursi shoqërues. Gjatë semestrit, të dhënat do të ruhen nga studenti, nga studentja. Pas përfundimit të semestrit të dhënat do të fshihen.

Ju lutemi që me nënshkrimin tuaj në deklaratën e bashkëngjitur të deklaroheni se pajtoheni për mbledhjen e të dhënave. Jemi të gatshëm t'ju përgjigjemi çdo pyetjeje që mund të keni. (simone.kannengieser@fhnw.ch)

Ju falënderojmë shumë për mbështetjen tuaj!

|  |  |
| --- | --- |
| Me respektShkolla e Lartë Pedagogjike FHNWInstituti për Pedagogji Special dhe PsikologjiKatedra për Studime profesionale praktike dheProfesionalizimSimone Kannengieser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Emri dhe nënshkrimi i studentes, stusdentit\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Deklaratë e prindërve/ kujdestarëve ligjorë, pacientit, pacientes**

Mbiemri dhe emri i nxënëses, nxënësit / fëmijës / pacientes, pacientit:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mbiemri dhe emri i përfaqësuesit ligjor dhe/ose përfaqësueses ligjore:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ju lutemi ta shënoni me X:

* Unë jam dakord për mbledhjen e të dhënave për qëllimin e përshkruar. Deklarata e pëlqimit është e vlefshme derisa të revokohet.

ose

* NUK jam dakord për mbledhjen e të dhënave..

Vendi, Data Nënshkrimi

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ju lutemi t´ia jepni formularin studentes, studentit.**