Informacije o registrovanju ličnih podataka i izjava o saglasnosti

Mjesto, datum

Adresa

Adresa

Adresa

Adresa

Poštovani roditelji, poštovani staratelji, poštovane dame i gospodo,

U razredu Vašeg djeteta / u ranoedukacijskoj rehabilitaciji / u logopediji apsolvira jedan student/ jedna studentica Visoke pedagoške škole (FHNW) praktikum.

Za potrebe obuke studenata bit će na video ili zvučno snimljeni dijelovi nastave/ poticajnog rada s učenicima/ terapije. Nije isključeno da ćete se na tim snimkama pojaviti Vi ili Vaše dijete. Visoka pedagoška škola FHNW Vam garantuje da će s tim podacima postupati povjerljivo, poštivati lična prava svih učesnika, strogo se držiati svih uputstava o zaštiti podataka i nikada neće davati nikakve informacije ili podatke trećim licima. Podaci će se koristiti samo za obradu praktikuma i ni na koji način neće biti objavljeni. Svi podaci koji nisu anonimisani, bit će izbrisani nakon završnog predavanja s obradom praktikuma. Tokom semestra studenti će čuvati podatke, a nakon završetka semestra podaci će biti izbrisani.

Molim Vas da na priloženoj potvrdi svojim potpisom potvrdite da pristajete na prikupljanje podataka. Ako imate pitanja, rado ćemo na njih odgovoriti.

(simone.kannengieser@fhnw.ch)

Zahvaljujemo Vam na pomoći.

Srdačan pozdrav

|  |  |
| --- | --- |
| Pädagogische Hochschule FHNW  Institut Spezielle Pädagogik und Psychologie  Prof. Berufspraktische Studien und Professionalisierung  Simone Kannengieser  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Prezime i potpis studentice/studenta  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

# Izjava roditelja/staratelja, pacijenta, pacijentice

Prezime i ime učenice, učenika / deteta / pacijentice, pacijenta:

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

Prezime i ime staratelja i/ili starateljice:

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

Molimo označite:

* Saglasan/saglasna sam sa sakupljanjem podataka za opisanu svrhu. Saglasnost važi dok se ne opozove.

ili

* NISAM saglasan/saglasna sa sakupljanjem podataka.

Mjesto, datum Potpis

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

**Molimo Vas da predate formular studentu/studentici.**