Informação sobre o registo de dados pessoais  
e declaração de consentimento

Ort, Datum

Adresse

**Adresse**

**Adresse**

**Adresse**

Caros pais, caros tutores legais, caros senhores e senhoras,

Na turma da sua filha / do seu filho / na educação curativa precoce / na logopedia, uma estudante ou um estudante da universidade pedagógica FHNW está a fazer um estágio.

Para a formação dos estudantes, partes do ensino / do apoio / da terapia são gravadas em vídeo ou com um dispositivo de gravação áudio. Nestas gravações não se pode excluir que a sua filha / o seu filho / você mesmo também seja registada/o. A universidade pedagógica FHNW assegura-lhe que estes dados serão tratados confidencialmente, que os direitos pessoais de todas as partes envolvidas serão respeitados, que todas as directrizes de protecção de dados serão estritamente respeitadas e que nenhuma informação ou dado será alguma vez transmitido a terceiros externos. Os dados só serão utilizados para a análise e seguimento do estágio e, por conseguinte, não serão explicitamente publicados. Todos os dados que não forem anonimizados serão cancelados após o final do curso com acompanhamento. Durante o semestre, os dados são guardado pela estudante / pelo estudante. Após o final do semestre, os dados serão cancelados.

Peço-lhe que consinta na recolha dos dados, assinando a confirmação em anexo. Por favor não hesite em contactar-nos se tiver alguma dúvida.

(simone.kannengieser@fhnw.ch)

Agradecemos muito o vosso apoio

Com os mais cordiais cumprimentos

|  |  |
| --- | --- |
| Universidade Pedagógica FHNW  Instituto de Pedagogia Especial e Psicologia  Cátedra de Estudos Profissionais Práticos e Profissionalização  Simone Kannengieser  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome e assinatura da estudante, do estudante  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

# Declaração dos pais/tutores legais, do paciente, da paciente

Apelido e nome próprio da aluna, do aluno / da criança / da paciente, do paciente:

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

Apelido e nome próprio do representante legal e/ou da representante legal:

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

Por favor marcar com uma cruz::

* Concordo com a recolha de dados para a finalidade descrita. A declaração de consentimento é válida até ser revogada.

ou

* NÃO concordo com a recolha de dados.

Local, data Assinatura

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

**Por favor, entregar o formulário a estudante, o estudante.**