Информация о записи личных данных и заявление о согласии

Место, дата

Адрес

Адрес

Адрес

Адрес

Уважаемые родители, уважаемые опекуны, уважаемые дамы и господа!

В классе Вашего ребенка / в раннем лечебно-педагогическом воспитании / в логопедической терапии проходит практику студент из педагогического института FHNW.

В целях обучения студентов части уроков / занятий / сеансов терапии записываются на видео или с помощью аудиозаписывающего устройства. Неисключено, что при произведении таких записей ваш ребенок также будет записан. Педагогический институт FHNW заверяет Вас в том, что эти данные будут обрабатываться конфиденциально, что личные права всех вовлеченных лиц, а также все правила защиты данных будут строго соблюдаться, и что никакая информация или данные никогда не будут переданы третьим лицам. Эти данные будут использоваться только для оценки результатов практики и поэтому обнародоваться ни в коем случае не будут. Все данные, не являющиеся анонимизированными, будут удалены после завершения соответствующего учебного мероприятия. В течение семестра данные будут храниться у студентки / студента. После окончания семестра данные будут удалены.

Прошу Вас на прилагаемом заявлении дать согласие на сбор данных и подтвердить его Вашей подписью. Пожалуйста, обращайтесь к нам, если у вас есть какие-либо вопросы.

(simone.kannengieser@fhnw.ch)

Мы благодарим Вас за поддержку!

С наилучшими пожеланиями

|  |  |
| --- | --- |
| Педагогический институт FHNWИнститут специальной педагогики и психологии, кафедра практики и профессионализации Симоне Канненгизер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Фамилия, имя и подпись студентки /студента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

**Заявление родителей / опекунов, пациента, пациентки**

Фамилия и имя ученицы, ученика / ребенка / пациентки, пациента:

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

Фамилия и имя законного представителя или законных представителей:

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

Пожалуйста, отметьте крестиком:

* Я даю согласие на сбор данных для описанной цели. Заявление о согласии действует до его отмены.

или

* Я НЕ даю согласия на сбор данных.

Место, дата Подпись

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

**Пожалуйста, передайте подписанный Вами формуляр студентке или студенту.**