Informacije o registrovanju ličnih podataka i izjava o saglasnosti

Mesto, datum

Poštovani roditelji, poštovani staratelji, poštovane dame i gospodo,

Adresa

Adresa

Adresa

Adresa

U razredu Vašeg deteta /u ranoj specijalnoj edukaciji i rehabilitaciji/ u logopediji jedan student/ jedna studentica Visoke pedagoške škole (FHNW) apsolvira jedan praktikum.

Za potrebe obuke studenata na video ili zvučno biće snimljeni delovi nastave/ poticajnog rada s učenicima/ terapije. Nije isključeno da se na tim snimkama pojavite Vi ili Vaše dete. Visoka pedagoška škola FHNW Vam garantuje da će te podatke da tretira poverljivo, da poštiva lična prava svih učesnika, strogo se drži svih uputstava o zaštiti podataka i nikada neće davati nikakve informacije ili podatke trećim licima. Podaci će da se koriste samo za obradu praktikuma i ni na koji način neće da budu objavljeni. Svi podaci koji nisu anonimisani biće izbrisani kada se provede završno predavanje s obradom praktikuma. Tokom semestra studenti će čuvati podatke, a nakon završetka semestra podaci će da se izbrišu.

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

(simone.kannengieser@fhnw.ch)

Zahvaljujemo Vam na pomoći.

Srdačan pozdrav

|  |  |
| --- | --- |
| Pädagogische Hochschule FHNWInstitut Spezielle Pädagogik und PsychologieProf. Berufspraktische Studien und ProfessionalisierungSimone 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.

Mesto, datum Potpis

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

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