Información sobre el registro de datos personales
y declaración de consentimiento

Ort, Datum

Adresse

**Adresse**

**Adresse**

**Adresse**

Queridos padres, queridos tutores legales, queridos damas y caballeros,

En la clase de su hija / de su hijo / en la educación terapéutica precoz / en la logopedia, una estudiante o un estudiante de la Universidad Pedagógica FHNW está haciendo una pasantía.

Para la formación de los estudiantes, partes de la enseñanza / del apoyo / de la terapia son grabadas en video o con un dispositivo de grabación de audio. En estas grabaciones no se puede excluir que su hija / su hijo / usted misma / usted mismo también sea grabado. La Universidad Pedagógica FHNW le asegura que estos datos serán tratados de manera confidencial, que se respetarán los derechos personales de todas las partes implicadas, que se cumplirán estrictamente todas las directrices de protección de datos y que ninguna información o datos serán nunca transmitidos a terceros externos. Los datos sólo se utilizarán para el seguimiento de la pasantía y, por lo tanto, explícitamente no se publicaran. Todos los datos que no sean anónimos serán borrados al final del curso de acompañamiento. Durante el semestre, los datos son guardados por la estudiante, el estudiante. Después del final del semestre los datos serán borrados.

Le pido que consienta en la recopilación de los datos, firmando la confirmación adjunta. Por favor, no dude en contactarnos para cualquier pregunta.

(simone.kannengieser@fhnw.ch)

Les agradecemos mucho su apoyo

Saludos cordiales

|  |  |
| --- | --- |
| Universidad Pedagógica FHNWInstituto de Pedagogía Especial y PsicologíaCátedra de Estudios Profesionales Prácticos y ProfesionalizaciónSimone Kannengieser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y firma de la estudiante, del estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

# Declaración de los padres/tutores legales, del paciente, de la paciente

Apellido y nombre de la alumna, del alumno / de la niña, del niño / de la paciente, del paciente:

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

Apellido y nombre del representante legal y/o de la representante legal:

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

Por favor, marque con una cruz:

* Consiento en la recopilación de datos para el propósito descrito. La declaración de consentimiento es válida hasta que sea revocada.

o

* NO consiento en la recopilación de datos.

Lugar, fecha Firma

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

**Por favor, entregue el formulario a la estudiante, al estudiante.**