Bireylere dair kayıtların alınımı üzerine bilgilendirme ve rıza beyanı

Ort, Datum

Adresse

Adresse

Adresse

Adresse

Saygıdeğer ebeveynler, saygıdeğer veliler, saygıdeğer bayanlar ve baylar,

Çocuğunuzun sınıfında/ erken eğitim pedagojisi / logopedide Pedagoji Yüksekokulu FHNW'dan bir ögrenci stajını tamamlamaktadır.

Bu öğrencilerin öğreniminin bir parçası olarak dersin /verilen desteğin/ terapinin bir kısmı görüntülü ya da sesli kayıt altına alınacaktır. Çocuğunuzun ya da sizin de bu kayıtların dışında bırakılması mümkün değildir. Pedagoji Yüksekokulu FHNW, bu kayıtların güvenli bir şekilde muhafaza edildiğinin, kayıtlarda yer alan her bireyin kişilik haklarının korunduğunun, bilgilerin korunması yönergelerine katı bir şekilde uyulduğunun ve hiçbir bilgi ya da kaydın dışarıdan üçüncü bir kişiye verilmeyeceğinin garantisini verir. Kayıtlar yalnızca staj dosyasında kullanılacak ve dolayısıyla herhangi bir yerde yayımlanmayacak. Anonim olarak kullanılmayan tüm kayıtlar dersin dönem sonu bitmesiyle beraber silinecektir. Dönem boyunca kayıtlar, öğrenciler tarafından muhafaza edilecektir. Sömestır sonunda kayıtlar silinecektir.

Sizden ricam ekteki kayıtların kullanımına onay belgesini imzalamanızdır. Sorunuzun olması halinde bizimle iletişime geçebilirsiniz.

(simone.kannengieser@fhnw.ch)

Desteğiniz için çok teşekkür ederiz

Saygılarımızla

|  |  |
| --- | --- |
| Pedagoji Yüksekokulu FHNWÖzel psikoloji ve Psikoloji EnstitüsüMesleki uygulama araştırmaları ve profesyonelleşme profesörüSimone Kannengieser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Öğrencinin adı ve imzası\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

# Hastaların Ebeveynlerinin / Yasal velilerinin Beyanı

Öğrencinin / çocuğun / hastanın soyadı ve adı:

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

Yasal vekilin veya vekillerin soyadı ve adı

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

Lütfen çarpı atınız:

* Kayıtların belirtilen amaçlar için kullanımına izin veriyorum. İzin aksi bildirilene kadar geçerlidir.

ya da

* Kayıtların kullanımına izin VERMİYORUM.

Yer, Tarih İmza

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

**Lütfen bu formu öğrenciye veriniz.**