

المكان والتاريخ

العنوان
العنوان
العنوان
العنوانمعلومات حول تسجيل البيانات الشخصية
وإعلان الموافقة

الآباء الأعمام، الأوصياء القانونيون الأعمام، السيدات والسادة الأعمام

في صف طفلكم / أو في المراحل المبكرة من التعليم العلاجي / أو ضمن إطار برنامج علاج النطق، سوف يتعين على الطالب أو الطالبة في كلية التربية في جامعة العلوم التطبيقية شمال غرب سويسرا FHNW القيام بإجراء تدريب عملي. ولغرض تأهيل وتدريب الطلاب سوف يجري تسجيل أجزاء معينة من الدرس / أو برنامج الدعم / أو العلاج بواسطة الفيديو أو بعض أجهزة التسجيل الصوتي. وفي هذه التسجيلات لا يمكننا أن نستبعد احتمال أن يتضمن هذا التسجيل أو ذلك مقطعاً مسجلاً لطفلكم / أو ربما لكم شخصياً أيضاً. وفي هذا السياق فإن كلية التربية في جامعة العلوم التطبيقية شمال غرب سويسرا FHNW تضمن لكم أن معالجة هذه البيانات سوف تتم ضمن شروط السرية التامة، وأن الحقوق الشخصية لجميع الأطراف ذات الصلة سوف تخضع للحماية التامة، وأن جميع إرشادات حماية البيانات سوف تتم مراعاتها بشكل صارم، ومن غير الوارد في أية حال من الأحوال أن يتم نقل أي من تلك المعلومات أو البيانات إلى أي طرف ثالث. وسوف يقتصر استخدام هذه البيانات على الأغراض المتعلقة بمناقشة وتحليل التدريب العملي، ولذلك فهي بالتأكيد لن تكون عرضة للنشر بأي شكل من الأشكال. جميع البيانات غير المجهلة سوف يتم حذفها بمجرد انتهاء الفعالية التدريبية المرافقة. خلال الفصل الدراسي سوف يتولى الطالب المعني مسؤولية حفظ البيانات وحمايتها. وعند انتهاء الفصل الدراسي سوف يتم حذف البيانات بالكامل.

أرجو منكم الموافقة على جمع البيانات من خلال توقيعكم على الإقرار المرفق. وسوف تجدونا في خدمتكم للرد على أسئلتكم واستفساراتكم بصدر رحب وبكل سرور.

(simone.kannengieser@fhnw.ch)

نتوجه إليكم بجزيل الشكر لدعمكم وتعاونكم

مع أطيب التحيات

اسم وتوقيع الطالب أو الطالبة

كلية التربية في جامعة العلوم التطبيقية شمال غرب سويسرا FHNW
معهد التربية الخاصة وعلم النفس
أ. الدراسات المهنية والاحتراف
سيمونه كاننغيزر

Simone Kannengieser

✂

إقرار الأيوين / الأوصياء القانونيين، أو المريض / المريضة

الكنية والاسم الأول للتلميذ أو التلميذة / الطفل / المريض أو المريضة:

الكنية والاسم الأول للممثل القانوني و/أو الممثلة القانونية:

يرجى وضع إشارة في الخانة المناسبة:

أوافق على جمع البيانات للغرض الموصوف أعلاه. ويعتبر هذا الإقرار بالموافقة ساري المفعول إلى أن يتم إبطاله.

أو

لا أوافق على جمع البيانات.

التوقيع

المكان والتاريخ

يرجى تسليم الإقرار إلى الطالب المعني أو الطالبة المعنية.