

Διεύθυνση  
Διεύθυνση  
Διεύθυνση  
Διεύθυνση  
Τόπος, Ημερομηνία

## Πληροφορία για την καταγραφή προσωπικών δεδομένων και δήλωση αποδοχής

Αξιότιμοι γονείς, αξιότιμοι κηδεμόνες, κυρίες και κύριοι

Ένας φοιτητής ή μια φοιτήτρια στην Ανώτατη Παιδαγωγική Σχολή FHNW πραγματοποιεί πρακτική εξάσκηση στην τάξη του παιδιού σας / στην προσχολική θεραπευτική παιδαγωγική / στη λογοθεραπεία. Για την εκπαίδευση των φοιτητών καταγράφονται μέρη των μαθημάτων / της υποστήριξης / θεραπείας με βιντεοκάμερα ή συσκευή εγγραφής ήχου. Δεν αποκλείεται να καταγράφεται και το παιδί σας / να καταγράφεστε και εσείς σε αυτές τις βιντεοσκοπήσεις/μαγνητοφωνήσεις. Η Ανώτατη Παιδαγωγική Σχολή FHNW σας διαβεβαιώνει, ότι αυτά τα δεδομένα διαχειρίζονται εμπιστευτικά, τα δικαιώματα της προσωπικότητας όλων των συμμετεχόντων προστατεύονται, όλοι οι κανόνες προστασίας προσωπικών δεδομένων τηρούνται αυστηρώς και δε μεταβιβάζονται ποτέ πληροφορίες ή δεδομένα οποιουδήποτε τύπου σε τρίτους. Τα δεδομένα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για την αποτίμηση της πρακτικής εξάσκησης και σε καμία περίπτωση δε δημοσιεύονται. Όσα δεδομένα δεν έχουν καταστεί ανώνυμα διαγράφονται μετά το τέλος των μαθημάτων που συνοδεύουν την εξάσκηση. Κατά τη διάρκεια του εξαμήνου τα δεδομένα φυλάγονται από τον φοιτητή ή τη φοιτήτρια. Μετά το τέλος του εξαμήνου τα δεδομένα διαγράφονται.

Παρακαλώ να δηλώσετε ότι αποδέχεστε τη συλλογή των δεδομένων υπογράφοντας τη συνημμένη βεβαίωση. Για περαιτέρω ερωτήσεις είμαστε ευχαρίστως στη διάθεσή σας.  
(simone.kannengieser@fhnw.ch)

Σας ευχαριστούμε πολύ για την υποστήριξή σας!

Με φιλικούς χαιρετισμούς

Ανώτατη Παιδαγωγική Σχολή FHNW  
Ινστιτούτο για Ειδική Παιδαγωγική και Ψυχολογία  
Πανεπιστημιακή έδρα για πρακτικές επαγγελματικές  
σπουδές και προώθηση επαγγελματισμού  
Simone Kannengieser

Όνομα και υπογραφή του φοιτητή ή της φοιτήτριας

*Simone Kannengieser*

## Δήλωση των γονέων / των κηδεμόνων / του ή της ασθενούς

Όνοματεπώνυμο της μαθήτριας ή του μαθητή / του παιδιού / της ή του ασθενούς:

---

Όνοματεπώνυμο του νόμιμου και/ή της νόμιμης εκπροσώπου:

---

Παρακαλώ σημειώστε με X:

Αποδέχομαι τη συλλογή δεδομένων για τον προαναφερόμενο σκοπό. Η δήλωση αποδοχής ισχύει μέχρι την ανάκλησή της.

ή

ΔΕΝ αποδέχομαι τη συλλογή δεδομένων.

Τόπος, ημερομηνία

Υπογραφή

---

**Παρακαλώ παραδώστε το έντυπο στη φοιτήτρια ή στο φοιτητή.**