Informazioni sulla registrazione dei dati personali
e dichiarazione di consenso

Ort, Datum

Adresse

**Adresse**

**Adresse**

**Adresse**

Cari genitori, cari tutori legali, care signore e signori,

Nella classe della vostra bambina / del vostro bambino / nell'educazione curativa precoce / nella logopedia, una studentessa o uno studente dell'università pedagogica FHNW sta facendo un tirocinio.

Per la formazione degli studenti, parti dell'insegnamento / del sostegno / della terapia vengono registrate su video o con un dispositivo di registrazione audio. In queste registrazioni non si può escludere che anche la vostra bambina / il vostro bambino / Voi stessi sarete registrati. L'università pedagogica FHNW vi assicura che questi dati saranno trattati in modo confidenziale, che i diritti personali di tutte le parti coinvolte saranno rispettati, che tutte le linee guida sulla protezione dei dati saranno rigorosamente rispettate e che nessuna informazione o dato sarà mai trasmesso a terzi esterni. I dati saranno utilizzati solo per l'analisi e il resoconto del tirocinio e quindi esplicitamente non resi pubblici. Tutti i dati che non sono anonimi saranno cancellati dopo la fine del corso con accompagnamento. Durante il semestre, i dati sono conservati dalla studentessa / dallo studente. Dopo la fine del semestre i dati saranno cancellati.

Vi prego di acconsentire alla raccolta dei dati, mediante la vostra firma sulla conferma allegata. Non esitate a contattarci per qualsiasi domanda.

(simone.kannengieser@fhnw.ch)

Vi ringraziamo molto per il vostro sostegno

Con i più cordiali saluti

|  |  |
| --- | --- |
| Università Pedagogica FHNWIstituto di Pedagogia Speciale e PsicologiaCattedra Studi Professionali Pratici e ProfessionalizzazioneSimone Kannengieser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome e firma della studentessa, dello studente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

# Dichiarazione dei genitori/tutori legali, del paziente, della paziente

Cognome e nome dell'alunna, dell'alunno / della bambina, del bambino / della paziente, del paziente:

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

Cognome e nome del rappresentante legale e/o della rappresentante legale:

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

Si prega di segnare con una croce:

* Acconsento alla raccolta dei dati per lo scopo descritto. La dichiarazione di consenso è valida fino alla revoca.

o

* NON acconsento alla raccolta dei dati.

Luogo, data Firma

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

**Si prega di consegnare il modulo alla studentessa, allo studente.**