Informacije o registraciji osobnih podataka i izjava o suglasnosti

Mjesto, datum

Adresa

Adresa

Adresa

Adresa

Poštovani roditelji, poštovani skrbnici, poštovane dame i gospodo,

U razredu Vašega djeteta/ u ranoedukacijskoj rehabilitaciji/ u logopediji jedan student/jedna studentica Visoke pedagoške škole (FHNW) odrađuje praktikum.

Za potrebe izobrazbe studenata snimit će se na video ili zvučno dijelovi nastave/ poticajnoga rada s učenicima/ terapije. Nije isključeno da se na tim snimkama pojavite Vi ili Vaše dijete. Visoka pedagoška škola FHNW Vam jamči da će s tim podatcima postupati povjerljivo, poštovati osobna prava svih sudionika, strogo se držati svih uputa o zaštiti podataka i nikada neće davati nikakve informacije ili podatke trećim osobama. Podatci će se koristiti samo za obradu praktikuma i time izričito neće biti objavljeni. Svi podatci koji nisu anonimizirani, izbrisat će se po završetku zaključnog predavanja s obradom praktikuma. Tijekom semestra studenti će čuvati podatke, a po završetku semestra podatci će se izbrisati.

Molim Vas da na priloženoj potvrdi svojim potpisom potvrdite da pristajete na prikuplajne podataka. Ukoliko imate pitanja rado ćemo na njih odgovoriti.

(simone.kannengieser@fhnw.ch)

Zahvaljujemo Vam na potpori.

Srdačan pozdrav

|  |  |
| --- | --- |
| Pädagogische Hochschule FHNW  Institut Spezielle Pädagogik und Psychologie  Prof. Berufspraktische Studien und Professionalisierung  Simone Kannengieser  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Prezime i potpis studentice/studenta  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

# Izjava roditelja/skrbnika, pacijenta, pacijentice

Prezime i ime učenice, učenika / djeteta / pacijentice, pacijenta:

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

Prezime i ime skrbnika i/ili skrbnice:

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

Molimo označite:

* Suglasan/suglasna sam sa skupljanjem podataka za opisanu svrhu. Suglasnost vrijedi do opoziva.

ili

* NISAM suglasan/suglasna sa skupljanjem podataka

Mjesto, datum Potpis

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

**Molimo** V**as predajte formular studentu/studentici.**