

## الإعفاء من واجب السرية وفقاً للمادة 203 من قانون العقوبات الجنائية، ووفقاً لإقرار الموافقة (arabisch)

فيما يلي أعفي أنا/نعفي نحن

أنا الحاضن الوحيد؛ اسم العائلة، والاسم

□

الحاضن 1

الأول:

العنوان:

رقم الهاتف:

الحاضن 2؛ اسم العائلة، والاسم الأول:

العنوان:

رقم الهاتف:

بصفتي حاضناً

اسم العائلة، والاسم الأول:

تاريخ الميلاد:

الحضانة:

وفي حالة غياب ممثله من واجب

الموظف المختص/الموظفة المختصة

السرية المهنية، وفقاً للمادة 203 من قانون العقوبات الجنائية، وأوافق على نقل البيانات الاجتماعية

السادة

أعضاء الطاقم المسؤول عن فريق طب الأطفال الاجتماعي وطب الشباب في هاتوفر، Podbielskistraße 162, 30177 Hannover.

أوافق/نوافق على أنه، بالإضافة إلى اسم العائلة، والاسم الأول، وتاريخ الميلاد، والعنوان، والحضانة؛ يُسمح بنقل البيانات الآتية إلى فريق طب الأطفال الاجتماعي وطب الشباب؛ لإعداد اختبار القبول في المدرسة للطفل المذكور أعلاه:

شكل الرعاية في الحضانة: مكان تعليمي لذوي الاحتياجات الخاصة مكان تعليمي مدمج

□ نقل المزيد من المعلومات ذات الصلة باختبار القبول بالمدارس في صيغة تقرير تطوير.

أدرك أنه بموجب تقديم هذا الإقرار، فإنني أوافق أيضاً على نقل البيانات الصحية والاجتماعية.

يبقى هذا الإقرار سارياً لمدة 12 شهراً من تاريخ توقيعه. الإعفاء من واجب السرية لا يمنح موظفي فريق طب الأطفال الاجتماعي وطب الشباب الحق في استخدام المعلومات التي تلقوها مع أشخاص آخرين

أؤكد أنني قدمت هذا الإقرار بمحض إرادتي. وتم إبلاغي بأن هذا الإقرار يمكن إلغاؤه كلياً أو جزئياً في أي وقت دون إبداء أسباب، وأنه يسري بآثر مستقبلي. ومع ذلك، فعدم تقديمه قد يجعل من الصعب على طفلك الخضوع لاختبار القبول في المدرسة.

أؤكد أنني قرأت ورقة معلومات حماية البيانات المقدمة في الوقت نفسه.

المكان والتاريخ

(توقيع الحاضن 2)

(توقيع الحاضن 1)