

Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy zgodnie z § 203 niemieckiego Kodeksu karnego (StGB) i oświadczenie o wyrażeniu zgody (polnisch)

Niniejszym zwalniam(y)

Osoba sprawująca opiekę 1
sprawującą opiekę Nazwisko, imię:

☐ Jestem jedyną osobą

Adres:

Numer telefonu:

Osoba sprawująca opiekę 2

Nazwisko, imię:

Adres:

Numer telefonu:

jako osoba(-y) sprawująca(-e) opiekę nad

Nazwisko, imię:

Data urodzenia:

Przedszkole:

odpowiedzialnego pracownika przedszkola, a w razie jego nieobecności jego zastępcę, z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej zgodnie z § 203 StGB lub wyrażam(y) zgodę na przekazanie danych dotyczących sytuacji społecznej wobec

odpowiedzialnego pracownika Zespołu Pediatrii Społecznej i Medycyny Młodzieżowej w Hanowerze, Podbielskistraße 162, 30177 Hanower.

Wyrażam(y) zgodę na przekazanie Zespołowi Pediatrii Społecznej i Medycyny Młodzieżowej nazwiska, imienia, daty urodzenia, adresu i nazwy przedszkola oraz dodatkowo następujących danych w celu przygotowania egzaminu wstępnego do szkoły dla wyżej wymienionego dziecka:

Forma opieki przedszkolnej: ☐ edukacja terapeutyczna lub ☐ integracyjne miejsce przedszkolne

☐ Przekazanie dodatkowych ważnych informacji dotyczących egzaminu wstępnego do szkoły w formie raportu rozwojowego.

Mam(y) przy tym świadomość, że składając niniejsze oświadczenie, wyrażam(y) również zgodę na przekazywanie danych zdrowotnych i społecznych.

Niniejsze oświadczenie zachowuje ważność przez 12 miesięcy od momentu podpisania. Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy nie upoważnia pracowników Zespołu Pediatrii Społecznej i Medycyny Młodzieżowej do wykorzystywania otrzymanych informacji wobec innych osób

Niniejsze oświadczenie składam(y) dobrowolnie. Zostałem(-am)/zostaliśmy poinformowany(-a)/poinformowani, iż oświadczenie może zostać odwołane w całości lub w części w dowolnym momencie bez podania przyczyny i ze skutkiem na przyszłość. Brak tej zgody może jednak utrudnić dziecku zdanie egzaminu wstępnego do szkoły.

Potwierdzam(y), że zapoznałem(-am)/zapoznaliśmy się z arkuszem informacyjnym dotyczącym ochrony danych przekazanych wraz z niniejszym oświadczeniem.

Miejscowość, data

(Podpis osoby sprawującej opiekę 1)

(Podpis osoby sprawującej opiekę 2)