

StGB Madde 203 uyarınca gizlilik yükümlülüğünden muafiyet ve rıza beyanı (türkisch)

Ben / biz işbu belge ile

Velayet sahibi kişi 1

☐

Tek velayet sahibiyim

Soyadı, adı:

Adres:

Telefon numarası:

Yetkili kişi 2 Soyadı, adı:

Adres:

Telefon numarası:

aşağıda bilgileri yer alan ve velayetine sahip olduğum

Soyadı, adı:

Doğum tarihi:

KiTa:

kiTa'nın sorumlu çalışanı

ve onun olmadığı durumlarda

yerine bakan kişiyi, StGB Madde 203 uyarınca mesleki gizlilik yükümlülüğünden muaf tutuyorum / sosyal verilerin

Podbielskistraße 162, 30177 Hanover adresindeki **Sozialpädiatrie und Jugendmedizin Hannover (Sosyal Pediatri ve Ergen Tıbbı) ekibinin sorumlu çalışanları** ile paylaşılmasını onaylıyorum.

Yukarıda belirtilen çocuğun okula giriş muayenesinin hazırlanması amacıyla soyadı, adı, doğum tarihi, adresi ve kreşine ek olarak aşağıdaki verilerin Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (Sosyal Pediatri ve Ergen Tıbbı) ekibine iletilmesine izin veriyorum/veriyoruz:

Kita bakım şekli: ☐ iyileştirici eğitim veya ☐ bütünleştirici anaokulu

☐ Okula giriş muayenesi için daha fazla ilgili bilginin gelişim raporu şeklinde iletilmesi.

Bu beyanda bulunarak sağlık ve sosyal verilerin aktarılmasına da rıza gösterdiğimin bilincindeyim.

Bu beyan, imza tarihinden itibaren 12 ay süreyle geçerliliğini korur. Gizlilik yükümlülüğünden muafiyet, Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (Sosyal Pediatri ve Ergen) Tıbbı ekibi çalışanlarına alınan bilgileri başka kişiler için kullanma yetkisi vermez

Bu beyanı gönüllü olarak yapıyorum. Beyanın herhangi bir zamanda, gelecek için geçerli olmak üzere gerekçe gösterilmeksizin tamamen veya kısmen iptal edilebileceği konusunda bilgilendirildim. Ancak, bu iptal çocuğunuzun okula giriş muayenesini zorlaştırabilir.

Aynı zamanda sağlanan veri koruma bilgi formunu dikkate aldığımı onaylıyorum.

Yer, tarih

(Velayet sahibi 1. kişinin imzası)

(Velayet sahibi 2. kişinin imzası)