**Nyilatkozat**

(ellátás igénybevételéhez kötelező!)

A fenti Adatvédelmi és Adatkezelési tájékoztatóban foglaltakat elolvastam, megismertem, az abban foglaltakat megértettem és elfogadom. Jelen aláírásommal tudomásul veszem, hogy e nyilatkozatommal magam, és a gyermekemmel kapcsolatos személyes adatok kezeléséhez az eljárás teljes folyamatában hozzájárulok, mely magába foglalja a lehetséges felülvizsgálati, jogorvoslati és hatósági eljárásokat is.

Budapest, 2019. ................ hó ….. nap

Szülő/törvényes képviselő Szülő/törvényes képviselő

**Önkéntes nyilatkozatok**

Jelen aláírásommal tudomásul veszem, egyben hozzájárulok, hogy gyermekemről az ellátás/terápia során készült dokumentumot (személyes- és beazonosításra alkalmas adatok törlését követően) az FPSZ működésével kapcsolatos hatékonyság- és elégedettségméréssel kapcsolatos vizsgálatokhoz felhasználja.

Budapest, 2019. ................ hó ....... nap

Szülő/törvényes képviselő

Jelen aláírásommal tudomásul veszem, egyben hozzájárulok, hogy gyermekemről az ellátás/terápia során készült dokumentumot (személyes- és beazonosításra alkalmas adatok törlését követően) az FPSZ kutatási és tudományos célra felhasználja.

Budapest, 2019. …............. hó....... nap

Szülő/törvényes képviselő

Jelen aláírásommal tudomásul veszem, egyben hozzájárulok, hogy gyermekemről az ellátás/terápia során kép- hang és videófelvétel készüljön.

Budapest, 2019. …................ hó ….nap

Szülő/törvényes képviselő