**Ikt. sz:**

**Adatvédelmi és adatkezelési nyilatkozat**

(Kérjük olvashatóan, nyomtatott betűkkel kitölteni!)

**Gyermek neve:…………………………………………………………………………………………**

**Születési helye, ideje:……………………………………………………..............................................**

**Anyja neve:……………………………………………………………………………………………..**

**TAJ száma:……………………………………………………………………………………………..**

**Lakcíme:………………………………………………………………………………………………...**

**Tartózkodási helye:…………………………………………………………………………………….**

Alulírott(ak), mint fent nevezett gyermek törvényes képviselője(i) kijelentem, hogy a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat (a továbbiakban (FPSZ) Adatvédelmi és Adatkezelési Tájékoztatóját, mely hozzáférhető a FPSZ honlapján (www.fpsz.hu), illetve a tagintézményekben jól látható helyen kifüggesztve, elolvastam, megismertem, az abban foglaltakat megértettem és elfogadom, melyet jelen aláírásommal igazolok. 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.

Kijelentem, hogy a fent nevezett gyermek törvényes képviseleti jogát a bíróság nem vonta meg, nyilatkozattételemet semmi nem korlátozza.

Hozzájárulok az elektronikus, illetve telefonon keresztül történő kapcsolattartáshoz, a gyermekemmel kapcsolatos dokumentumok e-mailen keresztül történő megküldéséhez, ehhez szükséges kapcsolattartási adatok kezeléséhez.

1. e-mail cím:……………………………………………………..
2. telefonszám: ……………………………………………………
3. e-mail cím: ……………………………………………………..
4. telefonszám: ……………………………………………………

**Egyúttal a következő kiegészítő nyilatkozatokat teszem** (hozzájárulás esetén a megfelelő négyzetben ’X’-szel jelölve):

 Hozzájárulok, hogy az ellátás/terápia kapcsán az azt végző szakember konzultáljon gyermekem pedagógusával.

 Hozzájárulok, hogy gyermekemről az ellátás/terápia során készült dokumentumot (személyes- és beazonosításra alkalmas adatok törlését követően) az FPSZ a működésével kapcsolatos hatékonyság- és elégedettségméréssel kapcsolatos vizsgálatokhoz felhasználja.

Elfogadom, hogy az azonosítást a FPSZ névtelenül végzi, az egyedi azonosítót a gyermek 9 jegyű TAJ-számának első 7 számjegye adja.

 Hozzájárulok, hogy gyermekemről az ellátás/terápia során készült dokumentumot (személyes- és beazonosításra alkalmas adatok törlését követően) az FPSZ kutatási és tudományos célra felhasználja.

 Hozzájárulok, hogy gyermekemről az ellátás/terápia során kép-, hang- és videófelvétel készüljön.

(nem releváns, ha mindkét törvényes képviselő jelen van és aláírja a dokumentumot, **ennek hiányában kitöltése kötelező, mely nélkül az ellátás nem kezdhető meg**:)

**Kijelentem,** hogy a fent megnevezett gyermek törvényes képviselői jogát

***kizárólagosan én* / *közösen* / *megosztva***

*(*nem kívánt rész törlendő) gyakorlom/gyakoroljuk *.*

**Másik törvényes képviselő neve**:…………………………………………..

**Születési helye, ideje:**………………………………………………………

**Lakcíme:** ……………………………………………………………………

Kijelentem, hogy a gyermek ellátásához/szakértői vizsgálatához, a gyermek adatainak fentiek szerinti kezeléséhez a másik törvényes képviselő hozzájárulását adta;

Kijelentem továbbá, hogy jelen nyilatkozattal hozzájárulok a másik törvényes képviselő személyes adatainak a kezeléséhez, mely nyilatkozattételhez a gyermek másik törvényes képviselője is kimondottan hozzájárult;

Tudomásul veszem, hogy a nyilatkozattételi kötelezettségem megsértése bűncselekmény, mellyel kapcsolatban a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat megteszi a szükséges jogi lépéseket. Tudomásul veszem a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 272. **§** (1) bekezdése szerint *„aki hatóság előtt az ügy lényeges körülményére valótlan vallomást tesz, vagy a valót elhallgatja, hamis tanúzást követ el”,* ill. a 273. § alapján ***„****Aki a hamis tanúzást szabálysértési vagy egyéb hatósági eljárásban, illetve fegyelmi eljárásban követi el, vétség miatt egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.”*

Budapest, 202... év ....... hó …… napján Budapest,202... év ....... hó …… napján

Anya/törvényes képviselő/gondviselő Apa/törvényes képviselő/gondviselő

Aláírás: Aláírás:

Olvasható név: Olvasható név: