**Adatvédelmi és Adatkezelési Nyilatkozat**

Alulírott(ak), mint …………………………………………………………… (*gyermek neve)* (születési hely, idő: ……………………, ………… év …… hó ……

napján, anyja neve: ………………………………………………………) törvényes képviselője kijelentem, hogy a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat (a továbbiakban (FPSZ) Adatvédelmi és Adatkezelési Tájékoztatóját, mely hozzáférhető a FPSZ honlapján ([www.fpsz.hu](http://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.

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

🞎 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, mely a következő:**

………………………………………………………………

🞎 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.

🞎 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. e-mail cím:
  3. telefonszám:
  4. telefonszám:

(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) *(másik törvényes képviselő neve:* ……………………………………………………………, *születési hely:* …………………………;

*idő:* …………………………; *lakcím:* ……………………………………………………………………………………… *)*gyakorlom/gyakoroljuk.

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.”*

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

aláírás:

…………………………………………………………… ……………………………………………………………

olvasható név:

…………………………………………………………… ……………………………………………………………

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