Vasa skola/Okrug
Vas grad

SpEd 12 04.08

Saglasnost za otkrivanje povjerljivih podataka

Ime ucenika: _____ **Datum davanja saglasnosti:** _____

Datum rodjenja: _____

Trazimo da izdate ovlastenje za nize navedene osobe ili agencije za medjusobnu razmjenu povjerljivih podataka koji se odnose na gore navedenog ucenika.

_____	**I**	_____
Ime i funkcija predstavnika skole		Predstavnik/agencija
_____		_____
Ime skole		Ime predstavnika/agencije
Adresa: _____		Adresa: _____
_____		_____
FAX #: _____		FAX #: _____

DOKUMENTI ZA IZDAVANJE/OBJELODANJIVANJE

☐ Neovisne evaluacije, zdravstvena dokumentacija, psihijatrijska eval.

☐ Profesionalno testiranje. ITP

☐ Ostala dokumentacija vanjske ustanove

_____
Ime vanjske ustanove

SVRHA IZDAVANJA/OBJELODANJIVANJA

☐ Pomoci IEP komisiji u planiranju obrazovanja

☐ Ostalo _____

Molim Vas oznacite odgovarajuce.

☐ Da ☐ Ne U potpunosti sam informiran na svom maternjem jeziku ili drugim vidom komunikacije i shvatio sam zahtjev skole u pogledu moje saglasnosti, kako je opisano u gornjem tekstu. Ove informacije bit ce objelodanjene po primitku moje pismene saglasnosti.

☐ Da ☐ Ne Razumijem da je moja saglasnost dobrovoljna i da se moze opozvati u bilo kojem trenutku. Medjutim, svjestan sam da opoziv nema retroaktivno dejstvo (odnosno, ne negira radnju koja se desila nakon davanja i prije opoziva saglasnosti).

☐ Da ☐ Ne Dajem svoju dozvolu da se navedena dokumentacija izda /objelodani gore navedenim osobama/ agenciji (agencijama).

_____ _____
Potpis roditelja, staratelja, zamjenskog roditelja ili punoljetnog ucenika Datum

_____ _____
Potpis prevodioca, ako su pruzane usluge prevoda Datum

Molimo Vas da vratite ovaj formular: _____ u: _____
Predstavniku skole skola

Za vise informacija, nazovite: _____ u _____
Predstavnik skole Telefon #