|  |
| --- |
|  |

**موافقة NC ITP على تسجيل الفيديو والإفصاح عن المعلومات**

يهدف هذا الإذن صراحةً إلى إخلاء مسؤولية وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في ولاية كارولينا الشمالية وموظفيها من أي وجميع المسؤوليات التي قد تنجم عن التقاط المواد واستخدامها المصرّح به.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| بموجب هذا، |  | | *(الاسم)* | بموجب هذا أُفوض مكتب الاتصالات | | |
| للحصول على أو السماح لـ: | |  | | | (*CDSA Name*) |

*بالحصول على* ما يلي مني/من طفلي *(ضع علامة أمام الوصف/الأوصاف المناسبة)*

الصور الفوتوغرافية  فيلم/شريط فيديو  مقابلة  تسجيل صوتي

أوافق على أن الجهة المذكورة أعلاه يمكنها استخدام أو السماح لأشخاص آخرين باستخدام المواد المنتجة من هذه الجلسة لأي من الأغراض المقترحة الموضحة أدناه (ضع علامة أمام الفئات المناسبة).

 المنشورات التعليمية

 مواد البحث/المنشورات

 الإعلانات

 موقع الوزارة الإلكتروني

 منشورات الوزارة

 الوسائط المطبوعة أو الإذاعية

الإشراف السريري

التدريب على الممارسات القائمة على الأدلة

إذا كان ذلك منطبقًا:  أوافق على ما ورد أعلاه بشرط ألا يتم التعريف باسمي.

*تعتبر مقاطع الفيديو جزءًا من السجل المحمي والسري للطفل، وسيتم الاحتفاظ بها وإتلافها وفقًا لسياسة الاحتفاظ بالسجلات الخاصة بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في ولاية كارولينا الشمالية.*

لقد قرأت ما ورد أعلاه وأتفهم هذا البيان بشكل كامل. كما أفهم أن هذا الإقرار سيظل ساري المفعول للفترة الزمنية اللازمة لتحقيق غرضه لمدة تصل إلى عام واحد أو إذا قمت بإلغاء هذا الإقرار عن طريق إكمال قسم الإلغاء في أسفل هذا النموذج. أفهم أيضًا أن أي إجراء يتم اتخاذه بموجب هذا الإقرار قبل تاريخ الإلغاء يعتبر قانونيًا وملزمًا.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | |  | |  | | |  |
| الاسم الأول للطفل | | | | الاسم الأوسط | اسم العائلة | | | | تاريخ الميلاد | | | |  |
| توقيع الوالد/الوصي: | |  | | | | التاريخ: | | | | |  | |  |
| العنوان: |  | | | | | | | | | | | |  |
| المدينة/الولاية/الرمز البريدي: | | |  | | | | | | | | | |  |
| الشاهد: |  | | | | | | التاريخ: | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **قسم الإلغاء** | | | | |
| أطلب بموجبه إلغاء هذا الإقرار، اعتبارًا من | |  | |  |
|  | | *(التاريخ)* | |  |
| توقيع الوالد/الوصي: |  | | |  |
| التاريخ: |  | |  |  |
|  |  | |  |  |