|  |
| --- |
|       |

 **NC ITPرضایت برای ثبت ویدیو و انتشار معلومات**

این رضایت نامه صراحتاً برای اینکه ریاست صحت و خدمات بشری کارولینای شمالی و پرسنل آن را از هرگونه مسئولیتی که به دلیل برداشت و استفاده مجاز از مواد باشد، مبرا میداند، در نظر گرفته شده است.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| من |       | *(نام)* | بدینوسیله به دفتر ارتباطات اجازه می دهم |
| تا به دست بیاورد یا اجازه دهد به: |       | (*CDSA Name*) |

تا موارد ذیل من/طفل من را به دست بیاورد (وضاحت توضیحات) مناسب را علامت بزنید

[ ]  عکس ها [ ]  فیلم/تيپ ویدیویی [ ]  مصاحبه [ ]  ثبت صوتی

من موافقم که افراد فوق‌الذکر می‌توانند از مطالب تولید شده در این جلسه برای هر یک از موارد پیشنهادی ذکر شده در ذیل *استفاده* کنند یا به افراد دیگر اجازه استفاده از آنها را بدهند (کتگوری های مناسب را علامت بزنید).

[ ]  انتشارات تعلیمی

[ ]  مواد/انتشارات تحقیقی

[ ]  اعلانات

[ ]  ویب سایت ریاست

[ ]  انتشارات ریاست

[ ]  رسانه های چاپی يا نشری

[ ]  نظارت کلینیکی

[ ]  مربیگری برای شیوه‌های مبتنی بر شواهد

اگر قابل اجرا باشد: [ ]  با این شرط که نامم فاش نشود، موارد فوق را می‌پذیرم.

*ویدیوها بخشی از سوابق محرمانه و محافظت‌شده طفل بوده و طبق سیاست نگهداری سوابق NC DHHS نگهداری و از بین برده خواهند شد.*

من مطالب بالا را خوانده‌ام و این نسخه را کاملاً درک می‌کنم. همچنین میدانم که این مجوز برای مدت زمان لازم برای به دست آوردن هدف خود، حداکثر تا یک سال، یا در صورت لغو آن با تکمیل بخش فسخ در پایین این فورم، معتبر خواهد بود. همچنین میدانم که هرگونه اقدامی که قبل از تاریخ لغو در مورد این نسخه انجام شود، قانونی و لازم‌الاجرا است.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |  |       |  |
| نام طفل | MI | تخلص | تاریخ تولد |  |
| امضای ولی/سرپرست: |       | تاریخ: |       |  |
| آدرس:  |       |  |
| شهر/ايالت/کود پستی: |       |  |
| شاهد: |       | تاریخ: |       |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **بخش فسخ** |
| بدینوسیله درخواست می‌کنم که این مجوز سر از این تاریخ لغو شود |       |  |
|  | *(تاریخ)* |  |
| امضای ولی/سرپرست: |       |  |
| تاریخ: |       |  |  |
|  |  |  |  |