|  |
| --- |
|       |

**北卡罗来纳州 ITP 关于视频录制和信息发布的同意书**

本同意书明确免除北卡罗来纳州卫生与公众服务部（以下简称“NC DHHS”）及其工作人员因获取和依据授权使用这些材料而产生的任何及所有责任。卫生与公众服务部（NC DHHS) 及其人员不承担因获取和授权使用这些材料而产生的任何和所有责任。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人 |       | *（姓名）* | 特此授权通信办公室 |
| 获取或许可： |       | （*CDSA 的名称*） |

获取本人/本人的孩子的以下信息*（请勾选适当的描述）*

[ ]  照片 [ ]  录影/视频 [ ]  采访 [ ]  录音

本人同意上述人员出于以下目的*（请勾选适当的类别）*使用或许可他人使用采取本次培训课程制作的材料。

[ ]  教育出版物

[ ]  研究材料/出版物

[ ]  广告

[ ]  部门网站

[ ]  部门出版物

[ ]  平面或广播媒体

[ ]  临床监督

[ ]  循证实践指导

如果适用：[ ]  本人同意以上内容，条件是不透露本人的姓名。

*视频是儿童的受保护保密记录的一部分，将根据 NC DHHS 记录保留政策予以保留或销毁。*

本人已详细阅读以上内容，并且完全理解此次授权。同时，本人也了解，此次授权将在实现其目的所需的期限（最长一年）内有效，且本人也可以通过填写本授权协议书底部的撤销部分来撤销此授权。本人还了解，在撤销日期之前对此次授权采取的任何行动均是合法且具有约束力的。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |       |  |       |  |
| 孩子的名字 | 中名 | 姓氏 | 出生日期 |  |
| 家长/监护人签名： |       | 日期： |       |  |
| 地址：  |       |  |
| 城市/州/邮编： |       |  |
| 联署人： |       | 日期： |       |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **撤销部分** |
| 本人特此申请撤销此授权 |       |  |
|  | *（日期）* |  |
| 家长/监护人签名： |       |  |
| 日期： |       |  |  |
|  |  |  |  |