

# Форма інформованої згоди

Hälsa Lärande Trygghet Västerbotten

## ОПІКУН 1

Прізвище, ім'я та по батькові
Номер документа, що посвідчує особу/personnummer
Номер телефону

Я мати-одиначка/батько-одиначка

## ОПІКУН 2

Прізвище, ім'я та по батькові
Номер документа, що посвідчує особу/personnummer
Номер телефону

## ДИТИНА

Прізвище, ім'я та по батькові дитини
Особистий ідентифікаційний номер дитини/personnummer
Дитячий медичний центр/лікарня
Дошкільний навчальний заклад/школа

## УСТАНОВА/ОРГАНІЗАЦІЯ, ЩО ЗАПИТУЄ ЗГОДУ

## ЗГОДА

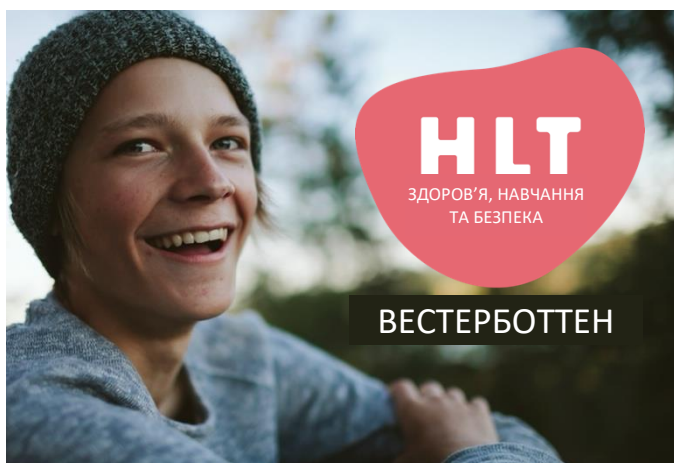
Цим я погоджуюсь надати організації, яка звертається із запитом, дозвіл на комунікацію та обмін інформацією з іншими установами, які є учасниками HLT, на умовах конфіденційності, необхідних для співпраці в інтересах моєї дитини та моєї сім'ї. Я можу відкликати свою згоду в будь-який час, звернувшись до організації, якій надано згоду. Ця згода автоматично втрачає чинність після закінчення відповідної діяльності. Ця згода дійсна протягом не більше 1 (одного) року з дати, зазначеної нижче.

Підпис, опікун 1	Місце й дата
Підпис, опікун 2	Місце й дата
Підпис, дитина	Місце й дата

## ЗГОДА ОТРИМАНА ВІД

Прізвище, ім'я та по батькові	Роль/функція
Номер телефону	Адреса електронної пошти

Ваші персональні дані оброблятимуться відповідно до положень Загального регламенту про захист даних та інформації, яку ви надали раніше. Для отримання додаткової інформації або для реалізації своїх прав ви можете звернутися до установи/організації, якій надали згоду.



## Інформація про HLT, Вестерботтен

HLT, що означає «Здоров'я, навчання та безпека» (шведською Hälsa, Lärande och Trygghet), — це партнерство між сектором охорони здоров'я, дошкільними навчальними закладами/школами та соціальними службами. Мета партнерства — об'єднати зусилля та оперативно надавати якомога ефективнішу підтримку дітям і сім'ям, які опинилися в складних життєвих обставинах. Кожна дитина має право повноцінно розвиватися, комфортно почуватися вдома, в школі та якнайкраще проводити вільний час.

## Інформація про згоду

Для того, щоб ми могли надати вам допомогу, нам потрібен ваш дозвіл на передачу інформації про вас і вашу сім'ю.

Заповнюючи та підписуючи цю форму, ви надаєте організації, яка запитує вашу згоду, дозвіл на передачу інформації, що стосується фізичного та психічного здоров'я, розвитку та навчання, а також соціального становища — вашого (коли заповнює дитина) або вашої дитини (опікун). Команді HLT потрібна ця згода, щоб надати вам/вашій дитині та вашій сім'ї якомога кращу підтримку.