

**رضایت مبنی بر افشای اطلاعات محرمانه**

**نام دانش‌آموز:**  **تاریخ رضایت:**

**تاریخ تولد:**

بدین‌وسیله درخواست می‌شود رضایت دهید افراد یا سازمان‌های نامبرده در زیر، اطلاعات محرمانه مربوط به دانش‌آموزان یاد شده در بالا را در اختیار هم قرار دهند.

و

نام و عنوان شغلی نماینده کارکنان مدرسه نماینده / سازمان

نام مدرسه نام نماینده / سازمان

آدرس: آدرس:

شماره فکس: شماره فکس:

**سوابق مدنظر برای انتشار / افشا هدف از انتشار / افشا**

🞏 ارزیابی‌های مستقل، سوابق پزشکی، ارزیابی‌های روانپزشکی. 🞏 جهت کمک به کمیته IEP در راستای برنامه‌ریزی آموزشی

🞏 آزمون حرفه‌ای، ITP 🞏 سایر

🞏 آزمون حرفه‌ای، ITP

**نام سازمان خارجی**

لطفاً کادرهای مناسب را در زیر انتخاب کنید:

🞏 بله 🞏 خیر به‌طور کامل به زبان مادری‌ام یا سایر روش‌های ارتباطی به من اطلاع داده شده است و درخواست مدرسه برای رضایتم را، طبق توصیف بالا، درک می‌کنم. این اطلاعات متعاقب دریافت رضایت کتبی‌ام افشا خواهد شد.

🞏 بله 🞏 خیر متوجه هستم که رضایت من اختیاری است و می‌توانم آن را در هر زمان پس بگیرم. با وجود این، درک می‌کنم که عطف به ماسبق نیست (به عبارتی، باعث نفی اقدامی نمی‌شود که پس از اعطای رضایت یا پیش از لغو رضایت رخ داده است).

🞏 بله 🞏 خیر اجازه می‌دهم سوابق حاوی اطلاعات بیانگر هویت در اختیار فرد(افراد)/سازمان(های) فوق قرار گیرد یا برای آن‌ها افشا شود.

امضای ولی، قیم، والد رضاعی یا دانش‌آموز بزرگسال تاریخ

امضای مترجم شفاهی، در صورت استفاده تاریخ

لطفاً این فرم را به این فرد برگردانید: به نشانی:

نماینده کارکنان مدرسه مدرسه

برای کسب اطلاعات بیشتر، با این فرد تماس بگیرید: به شماره

نماینده کارکنان مدرسه شماره تلفن