**SUGLASNOST RODITELJA**

**za Kliničku praksu studenta Poslijediplomskog specijalističkog studija Kreativne terapije, smjer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na Sveučilištu Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Akademiji za umjetnost i kulturu u Osijeku**

Ja, roditelj \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ za maloljetnog/nu

 (ime i prezime)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ svojim potpisom potvrđujem da sam

 (ime i prezime)

suglasan/sna s provođenjem Kliničke prakse za smjer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a u svrhu edukacije i supervizije studenta

 (smjer)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (ime i prezime)

Obavljanje Kliničke prakse provoditi će se s posebnom pozornošću na

dobrobit maloljetnika/ce, uz poštivanje svih normi struke, epidemioloških

mjera i zaštite osobnih podataka.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Mjesto i datum Potpis roditelja