**SUGLASNOST RODITELJA**

**za snimanje Kliničke prakse 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 da se seanse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ snimaju za potrebe

 (smjer)

supervizije Kliničke prakse. Snimke će biti korištene isključivo u svrhu

edukacije i supervizije studenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (ime i prezime)

Snimanje 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