رضایتنامه مطابق با **DS-GVO** برای شرکت در مدیریت یکپارچگی

|  |  |
| --- | --- |
| مسئول حفاظت از داده: | فرد مسئول طبق ماده 4 شماره 7 DS-GVO: |
|  | نام و نام خانوادگی: |  | نام و نام خانوادگی: |
|  | آدرس: |  | آدرس: |
|  | تلفن: |  | تلفن: |
|  | ایمیل: |  | ایمیل: |

به اینجانب اطلاع داده شد که مشارکت من در مدیریت یکپارچگی و نیز ارائه اطلاعات داده‌های شخصی مرتبط با آن اختیاری است. به علاوه مطلع شدم که پردازش داده‌های من به صورت داوطلبانه انجام می‌شود. من می‌دانم که می‌توانم بدون ارائه هیچگونه دلیلی و بدون اینکه عواقب ناخوشایندی برایم داشته باشد، رضایت ندهم یا هر زمان بخواهم، آن را فسخ کنم که در این صورت فقط داده‌های آتی مشمول فسخ می‌شوند.

[ ]  رضایت می‌دهم که داده‌های من در ارتباط با مدیریت یکپارچگی و برای مدیریت یکپارچگی VwV مذکور در شماره‌های 4.1.1 تا 4.1.3 در 11.11.2020 (GABl. S. 873) برای اهداف فوق‌الذکر و نیز احتمالاً با هدف ارزیابی مدیریت یکپارچگی پردازش شوند.

اینجانب صریحاً موافقت می‌کنم، که:

☐ داده‌های سلامت در ارتباط با مدیریت یکپارچگی می‌توانند جمع‌آوری و پردازش شوند.

[ ]  داده‌های مربوط به دین من در ارتباط با مدیریت یکپارچگی می‌توانند جمع‌آوری و پردازش شوند.

[ ]  داده‌های شخصی کودک/کودکان من که هنوز به سن 16 سالگی نرسیده اند و مسئولیت مراقبت از آنها بر عهده من است، می‌توانند در ارتباط با مدیریت یکپارچگی دپردازش شوند.

(نام خانوادگی، نام، تاریخ تولد کودک/کودکان)

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

من باخبر شدم که داده‌های شخصی جمع‌آوری شده در ارتباط با اهداف فوق‌الذکر با رعایت قانون ایالتی حفاظت از داده‌ Baden-Wuerttemberg (LDSG) و مقررات عمومی حفاظت از داده اروپا (DS-GVO) پردازش خواهند شد.

به من اطلاع داده شد که در صورت وجود الزامات مربوطه، من از حق دسترسی به اطلاعات، اصلاح داده‌های نادرست، حذف داده‌های شخصی، محدودسازی پردازش داده‌ها و نیز شکایت نزد مقام نظارتی مربوطه، نماینده ایالتی حفاظت از داده و آزادی اطلاعات، برخوردار هستم. امکان دسترسی به نماینده ایالتی حفاظت از داده و آزادی اطلاعات از طریق ذیل وجود دارد: poststelle@lfdi.bwl.de.

در\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ می‌توانید اطلاعات بیشتری درباره حفاظت از داده کسب کنید.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| شهر، تاریخ، امضا | نام |