

1. زه د ویدیو له لاری پرمختللي درملني (VET) په اړه په لاندې مواردو پوهېږم او ورسره موافق یم:

- د روغتیا خانګې کارمندان کولی شي د VET څخه کار واخلې ترڅو د حضورې پر ځای نېغ په نېغه د ویدیو له لاری مشاهده وکړي چې زه زما د نري رنځ (TB) درمل په موافقه شویو ورځو کې کاروم.
- زه اړ یم چې خپل ځیرک ټلیفون یا کمپیوټر/انټرنیټ وکاروم؛ زه پوهېږم چې زما د ټلیفون شرکت بنایي له ما څخه د انټرنیټ ډاټا کارولو لپاره پیسې واخلې.
- که زه له Wi-Fi سره وصل شم، نو دا ممکن خوندي اړیکه نه وي.
- که زما د ټلیفون شمېره یا پته بدله شي، نو زه به سمدلاسه د روغتیا خانګې کارمندانو ته خبر ورکړم.
- زه به د سفر هر ډول پلانونو جوړولو څخه مخکې د روغتیا خانګې کارکوونکو ته خبر ورکړم.
- زه به د روغتیا خانګې کارمندانو سره د VET لېږد نېټې تنظیم کړم او پکې به ګډون وکړم.
- که زه نشم کولی په خپلو VET لېږدو کې ګډون وکړم، زه به سمدلاسه د روغتیا خانګې کارمندانو ته زنگ ووهم.
- زه به د یو شخصي ځای څخه VET ترسره کړم ترڅو نور خلک ونه شي کولی زما معلومات واورې.
- زه به د VET په جریان کې خپل درمل استعمال کړم او زما مخ او درمل به هر وخت کې او د درملو تیرولو یعنی خوړلو په وخت کې ښکاره ساتم.
- زه به په حضورې توګه زما د روغتیا بنایي پاملرنې کارمند سره لېږدنه وکړم کله چې دوی زما څخه غوښتنه وکړي.
- ریکارډ کړل شوی ویدیوګانې اجازه نلري او زما درملو خوراګونو کې به ونه شمېرل شي.

2. زه پوهېږم او موافق یم چې د روغتیا خانګې کارمندان به:

- ما سره د VET له لاری خبرې کولو پرمهال هغه لقب وکاروي چې زه یې غوره کوم او زما اصلی نوم یا تشخیص به ذکر نه کړي.
- ډاډ ترلاسه کړي چې نور خلک زما شخصي معلومات نه اورې.
- د درملو د هر ډول جانبي عوارضو او زما د تشخیص هر ډول نښو نښانو په اړه له ما څخه پوښتنه وکړي.
- VET ثبت نه کړي.

زه پوهېږم او موافق یم چې که زه پورتنی مقرراتو سره سم عمل و نه کړم نو زه به اړ یم چې زما درمل استعمالولو لپاره د روغتیا خانګې کارمندانو سره په حضورې ډول لېږدنه وکړم.

نېټه

د ناروغ، ولي/قانوني

په روښانه تورو د برخه اخیستونکي نوم

سرپرست یا هغه کس لاسلیک چې د ولي
استازیتوب کوي

نېټه

لاسلیک

په روښانه تورو د شاهد نوم