# Consentimento para divulgação de informações confidenciais

(Normas IV.V.14. da USBE)

Distrito/Escola:

Nome do aluno:Data de nascimento:Série:

**Autorização para que as pessoas ou agências nomeadas abaixo divulguem entre elas informações confidenciais relativas ao aluno mencionado acima.**

Nome e função do representante da equipe da escola

Nome da escola

Endereço:

Número de fax:

Representante/agência

Nome do representante/agência

Endereço:

Número de fax:

**Registros a serem disponibilizados/divulgados**

Avaliações independentes, registros médicos, avaliações psiquiátricas

Teste vocacional, proficiência na língua inglesa

Outros registros da agência externa mencionada acima (especifique):

**Objetivo da disponibilização/divulgação**

Para auxiliar o comitê do IEP no planejamento educacional

Outro (especificar):

**Marque as respostas adequadas abaixo.**

Fui totalmente informado em meu idioma nativo ou em outro modo de comunicação e entendo a solicitação de meu consentimento por parte da escola, conforme descrito acima. Estas informações serão divulgadas após o recebimento do meu consentimento.Sim Não

Entendo que meu consentimento é voluntário e poderá ser revogado a qualquer momento. Contudo, entendo que essa revogação não será retroativa (isto é, não invalidará uma ação que ocorreu após a concessão do consentimento e antes de ele ser revogado).Sim Não

Dou minha permissão para que os registros identificados sejam disponibilizados/divulgados para as pessoas/agências nomeadas.

Sim Não

Assinatura do pai/mãe/aluno adulto Data

Assinatura do tradutor/intérprete, caso tenha sido usado Data

**Devolva este formulário para:**

em

Representante da equipe da escola Escola

**Para obter mais informações, ligue para:**

em

Representante da equipe da escola Número de telefone