
Einverständniserklärung - Video

Name TrainingsteilnehmerIn: _____

(bitte in Blockschrift eintragen)

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift einverstanden, dass eine Videoaufnahme von mir gemacht wird, die

- im Rahmen der MAS TrainerInnen Ausbildung gezeigt werden darf.
- bei Weiterbildungsveranstaltungen der MAS Alzheimerhilfe gezeigt werden darf.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Unterschrift TrainingsteilnehmerIn: _____

oder

Unterschrift Angehörige/r: _____

Als PraktikantIn erkläre ich mich damit einverstanden, Bild- und Videomaterial ausschließlich im Rahmen meiner Ausbildung zur MAS TrainerIn zu verwenden. Ich verpflichte mich dazu, Bilder bzw. Video nach Abschluss meiner Ausbildung unter Verschluss zu halten und für keinerlei andere Zwecke – sei es privater oder beruflicher Natur – zu nutzen.

Unterschrift MAS PraktikantIn: _____

Datum: _____