نموذج الموافقة من مركز الموارد والدعم في إثيوبيا (العمل الإعلامي والاتصالات)

يمكن استخدام نموذج الموافقة هذا من قبل منظمات المجتمع المدني في إثيوبيا لجمع الموافقة على العمل الإعلامي والاتصالات.

١. تفاصيل المشروع

أدخل لمحة موجزة عن المشروع المطلوب الحصول على الموافقة لغرضه. هذا يشمل:

- **ماذا ولماذا:** منظمة المجتمع المدني الخاصة بك ، ما هي البيانات والصور التي يتم جمعها ولماذا
- **أين ومتى وكيف:** كيف سيتم استخدام البيانات وأين ومتى
- **من:** من سيستخدم بياناته ومن هو الجمهور
- **اشرح أنه:** عند نشر البيانات ، قد يستخدم الأشخاص أو المنظمات الأخرى البيانات، بما في ذلك الاقتباسات، التي يتم مشاركتها في وسائل الإعلام أو الاتصالات. تأكد من أن الشخص الذي يعطي الموافقة يفهم ذلك قبل أن يعطي موافقته

ملاحظة للشخص الذي يجمع الموافقة!

إذا كان الشخص الذي تجمع الموافقة منه ضحية/ناجٍ من الانتهاك والاستغلال والتحرش الجنسي أو غيرها من أشكال الأذى والإساءة:

- هل قمت (وزملاؤك) بتقييم المخاطر وتوصلت الى أنه من الآمن تضمين قصص الضحية/الناجي/ة؟ نعم / لا

- ضع علامة لتأكيد أنك لن تلتقط صورًا أو مقاطع فيديو لوجه الضحية/الناجي/ة

- ضع علامة للتأكيد على أنك ستدرج الاسم الكامل للضحية/الناجي/ة في النموذج وستغير الاسم لغرض أي وسائط إعلامية أو اتصالات

الشخص الذي يسعى للحصول على الموافقة:

المنظمة:

تفاصيل الاتصال:

٢. جمع البيانات واستخدامها

نسعى للحصول على موافقة بشأن البيانات التالية: [أدخل نوع (أنواع) البيانات ، على سبيل المثال مقابلة ، صور ، فيلم ، إلخ.]

يجوز للمنظمة استخدام أي بيانات للأغراض التالية:

	نعم	لا
وسائل التواصل الاجتماعي / المدونة		
مقال إخباري / نشرة إخبارية		
رسائل البريد الإلكتروني الترويجية		
موقع الكتروني		
العرض التقديمي		
حدث عام		
تقرير داخلي		

تقرير المانح
غير ذلك- يرجى التحديد

نحن نستخدم البيانات بما يتماشى مع سياسة **{ادخل اسم المنظمة }** الخاصة بنا وسنحتفظ بالبيانات لمدة **{أدخل مقدار السنوات التي ستحتفظ فيها بالبيانات في قاعدة بياناتك}.**

سيقتصر الوصول إلى المعلومات الواردة في نموذج الموافقة على **{أدخل الفريق أو الشخص الذي سيكون له حق الوصول إلى الموافقة}** والشخص الذي يسعى للحصول على الموافقة.

٣ . المعلومات الشخصية

يرجى تقديم التفاصيل الشخصية الخاصة بك في الجدول أدناه.

المعلومات الشخصية للفرد الذي تدور حوله البيانات

الاسم	
العمر	
النوع الاجتماعي	
العنوان	
رقم الهاتف	
أي معلومات أخرى مثل المنظمة	

المعلومات الشخصية للشخص الذي يعطي الموافقة إذا كان طفلاً أو غير قادر على إعطاء الموافقة بنفسه

الاسم	
العنوان	
رقم الهاتف	
النوع الاجتماعي	
العلاقة مع الشخص الذي يقوم بإعطاء المعلومات	

4.الموافقة

يُرجى الإجابة على العبارات التالية عن طريق تحديد المربع "نعم" أو "لا."

	نعم	لا
أوافق على استخدام بياناتي كما هو موضح في القسم ٢ ، دون الكشف عن هويتي		
أوافق على استخدام بياناتي كما هو موضح في القسم ٢ واستخدام اسمي بالكامل كما هو مكتوب في القسم ٣		

(سيتم تغيير أسماء الضحايا / الناجين/ات ولن يتم عرض الوجوه)
إذا كان ذلك مناسبًا ، فأنا أوافق على استخدام بياناتي على النحو الموضح في القسم ٢ واستخدام اسم منظمتي كما هو مكتوب في القسم ٣
أفهم أن لدي الحق في سحب الموافقة في أي وقت عن طريق الاتصال بالمنظمة

5. التوقيع

الرجاء تسجيل إمضائك أو كتابة اسمك أدناه لتقديم الموافقة. عندما يكون الشخص المذكور أعلاه (الشخص الذي تتحدث عنه المعلومات) طفلاً أو غير قادر على إعطاء الموافقة المستنيرة بنفسه ، يوافق الوالد أو مقدم الرعاية على ما سبق نيابة عن الشخص.

التوقيع
التاريخ