

अपाङ्गता रोकथाम तथा पुनःस्थापना कार्यक्रम
तस्विर, भिडियो तथा आवाज रेकर्डिङ तथा प्रकाशन सम्बन्धी सहमति फारम

सहमति माग गर्ने संस्था:

ठेगाना:

संस्थाको प्रतिनिधि/कर्मचारीको नाम:

मिति:

हाल..... पालिका वडा नं, टोलमा बस्दै आएको म/
हामी..... माथि उल्लेखित संस्था तथा साझेदार संस्थाहरुलाई संकलन तथा प्रकाशन प्रयोजनका
लागि निम्न विवरणहरु उपलब्ध गराउन सहमति प्रदान गर्दछु/गर्दछौं ।
अनुमती दिइएका विषयहरुमा ठिक (√) चिन्ह लगाउनुहोस् ।
 तस्विर भिडियो रेकर्डिङ भनाई / विचार / घटना अध्ययन/सफलताको कथा प्रकाशनमा व्यक्तिको नाम प्रयोग

सहमति प्रदान गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर:

(हस्ताक्षर गर्न नसक्नेको हकमा)

.....

दायाँ

बायाँ

अभिभावक वा रेखदेख गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर:

(यदि बालबालिका वा व्यक्तिले अपाङ्गताको कारणले सहमती दिन नसकेको खण्डमा)

अपाङ्गता भएका व्यक्तिसँगको सम्बन्ध:

सहमति प्रदान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्क नम्बर:

मिति:

सहमति लिने व्यक्तिको हस्ताक्षर:

पद:

अपाङ्गता रोकथाम तथा पुनःस्थापना कार्यक्रम
तस्विर, भिडियो तथा आवाज रेकर्डिङ तथा प्रकाशन सम्बन्धी सहमति फारम

सहमति माग गर्ने संस्था:

ठेगाना:

संस्थाको प्रतिनिधि/कर्मचारीको नाम:

मिति:

हाल..... पालिका वडा नं, टोलमा बस्दै आएको म/
हामी..... माथि उल्लेखित संस्था तथा साझेदार संस्थाहरुलाई संकलन तथा प्रकाशन प्रयोजनका
लागि निम्न विवरणहरु उपलब्ध गराउन सहमति प्रदान गर्दछु/गर्दछौं ।
अनुमती दिइएका विषयहरुमा ठिक (√) चिन्ह लगाउनुहोस् ।
 तस्विर भिडियो रेकर्डिङ भनाई / विचार / घटना अध्ययन/सफलताको कथा प्रकाशनमा व्यक्तिको नाम प्रयोग

सहमति प्रदान गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर:

(हस्ताक्षर गर्न नसक्नेको हकमा)

.....

दायाँ

बायाँ

अभिभावक वा रेखदेख गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर:

(यदि बालबालिका वा व्यक्तिले अपाङ्गताको कारणले सहमती दिन नसकेको खण्डमा)

अपाङ्गता भएका व्यक्तिसँगको सम्बन्ध:

सहमति प्रदान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्क नम्बर:

मिति:

सहमति लिने व्यक्तिको हस्ताक्षर:

पद: