



Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass ACCESS Integrationsbegleitung gGmbH, Michael-Vogel-Str. 1c, 91052 Erlangen mich bei der (Wieder-) Eingliederung in das Berufs- und Arbeitsleben unterstützt.

Ich bin damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen der ACCESS gGmbH mit folgenden Institutionen Kontakt aufnehmen, um sich über Fragen der beruflichen Eingliederung auszutauschen:

Mit der Weitergabe der hierzu erforderlichen personenbezogenen Daten an ACCESS Integrationsbegleitung gGmbH bin ich einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Ggf. Unterschrift eines
gesetzl. Vertreters: _____