

Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Name, Vorname des/der Auszubildenden:

Klasse:

Ich bin damit einverstanden,

dass meine Kontaktdaten (Name, Geburtsdatum und E-Mail-Adresse) und Informationen zu meiner Ausbildung (Beruf, Ausbildungsjahr und Unterstützungsbedarf) an die Akademie Überlingen weitergegeben werden. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter der Akademie Überlingen werden prüfen und mir mitteilen, ob ich für meine Ausbildung eine Unterstützung bekommen kann und mir ggf. einen Gesprächstermin vorschlagen.

Ort, Datum

Unterschrift (Auszubildende/Auszubildender)