

Anlage 3 zum Berufsausbildungsvertrag

Einwilligung zur Übermittlung schulischer Leistungen

Ich, _____, bin damit einverstanden, dass die Berufsschule
(Name des/der Auszubildenden)

meine personenbezogenen Daten, insbesondere meine schulischen Leistungen sowie ausbildungsbezogene Tatsachen, dem ausbildendem Arzt zum Zwecke der Überprüfung, Überwachung und Optimierung meines Ausbildungs- und Leistungsstandes übermittelt und dass diese Daten von dem ausbildenden Arzt entsprechend dem genannten Zweck bis zum Abschluss der Berufsausbildung verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner o.g. Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des/der Auszubildenden)

Die gesetzlichen Vertreter des/der Auszubildenden (falls ein Elternteil verstorben, bitte vermerken):

Vater:

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

und

Mutter:

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

oder

Vormund:

(Ort, Datum)

(Unterschrift)