

Einverständniserklärung Erziehungsberechtigte/r

Zustimmung zur Teilnahme an der Ausbildung _____ bei der
Oberösterreichischen Gesundheitsholding GmbH, am Standort _____.

Name des/der Minderjährigen: _____ Geburtsdatum: _____
(in Blockbuchstaben)

Name des/der Erziehungsberechtigten: _____
(in Blockbuchstaben)

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Als Erziehungsberechtigte/r erteile ich hiermit die Zustimmung zur Teilnahme meines minderjährigen Kindes an der oben angeführten Ausbildung.

Ich bestätige, dass:

- die Teilnahme freiwillig erfolgt.
- ich über Inhalte, Dauer & Rahmenbedingungen der Ausbildung informiert wurde.
- ich die geltende Schulordnung zur Kenntnis nehmen & deren Einhaltung durch mein Kind sicherstelle.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: _____

Datenschutz und Widerruf: Die im Rahmen der Ausbildung erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich für Ausbildungszwecke verarbeitet und gemäß den gesetzlichen Bestimmungen geschützt. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Ein Widerruf beendet bei minderjährigen SchülerInnen die Teilnahme an der Ausbildung.