

## 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 nehme & 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.*