

Bereich:

Datum:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Festnetz/Handy-Nr. des Bewohners: _____

E-Mail des Bewohners: _____

Ausbildungsberuf: _____ Dauer: _____

Ausbildungsbetrieb: _____

Ansprechpartner: _____ Festnetz/Handy-Nr.: _____

Bei Unfall oder Besonderheiten zu benachrichtigen (Sorgeberechtigte):

Name, Vorname: _____

Festnetz/Handy-Nr.: _____

Internatsunterbringung als
Auszubildender im ÜAZ
während

SOKA

Selbstzahler

oder

Gastauszubildender

ÜAZ-Zeit

☐☐

von _____ bis _____

Praxisphase

☐

Berufsschule

☐

Bitte Blockplan beifügen!

Besonderheiten wie z. B. regelmäßige Medikamente, Allergien, Anfallsleiden, chronische Erkrankungen (freiwillige Angabe):

Datum: _____

Unterschrift: _____

Datenschutzerklärung

Die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten werden vom Bau Bildung Sachsen e. V. verarbeitet und ausschließlich nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen genutzt. Unsere Mitarbeiter/innen sind auf Datenschutz, Verschwiegenheit und Geheimhaltung verpflichtet. Die Nutzung, Verarbeitung und Übermittlung Ihrer Daten sowie die Weitergabe an andere Einrichtungen und/oder Dritte erfolgt nur in dem für die Realisierung der Unterbringung notwendigen Umfang. Mit Ihrer Unterzeichnung stimmen Sie der hier beschriebenen Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten zu. Sie haben jederzeit das Recht auf Einsicht, Korrektur und Löschung.