**Datenschutz Einverständniserklärung**

Hiermit gebe ich, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NAME, VORNAME)

mein Einverständnis, dass die

*(Einrichtung)*

meine persönlich/relevanten Daten für die MAV-Arbeit unter Verschluss aufbewahren dürfen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

**Rückgabe des Formulars bitte so schnell wie möglich**

Bei Ausscheiden aus *(Einrichtung/Dienststelle)* vernichtet.