

Einwilligung

Name, Geburtsname, Vorname
geboren am
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Hiermit willige ich,, ausdrücklich ein, dass das Gesundheitsamt Dachau das mich betreffende Gesundheitszeugnis zu dem Zweck einer dienstrechtlichen Entscheidung über meine Übernahme in das Beamtenverhältnis an die für diese Entscheidung zuständige personalbewirtschaftende Stelle

..... weiterleitet.

Das Gesundheitszeugnis darf hierbei nur die erforderlichen medizinischen Daten für die dienstrechtliche Entscheidung zur Übernahme in das Beamtenverhältnis enthalten.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Gesundheitsamt Dachau mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzrechtliche Hinweise nach Art. 13 DSGVO finden Sie unter
<https://www.landratsamt-dachau.de/dsgvo/amtsarzt>