

Vollmacht / Einwilligung zur Datenbearbeitung und Befreiung von der Schweigepflicht

Vorname und Name

Ich ermächtige hiermit die verantwortlichen Mitarbeitenden der Stiftung Lebensart ausdrücklich, die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten, usw.) bei der unten genannten Kontaktperson / Stelle zur Einsicht anzufordern und einzusehen und zum gegenseitiger Austausch in der Stiftung Lebensart.

Gilt für folgende Eingliederungsmassnahme(n)

- Integrationsmassnahme
 - Ausbildung und Vorbereitung auf eine erstmalige berufliche Ausbildung
 - Coaching
 - Wohncoaching
 - Anderes
-

Für den gegenseitigen Informationsaustausch entbinde ich folgende Person / Institution bzw. Mitarbeitende/r der Stiftung Lebensart während meiner Eingliederungsmassnahme(n) von ihrer Schweigepflicht.

- Externe Institution**
(z. B. Eingliederungsfachperson der IV, SozialarbeiterIn/BeiständIn, PsychologIn/PsychiaterIn, LehrerIn, BerufsschullehrerIn, HausärztIn etc.) - **bitte konkretisieren**
-

Vorname und Name Kontaktperson

- Mitarbeitende/r Stiftung Lebensart**

Telefon-Nr.

E-Mail-Adresse

Diese Vollmacht erlischt mit der Beendigung aller mit der Massnahme in Zusammenhang stehenden Arbeiten und Auskünfte. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Angemeldete/r

Unterschrift gesetzliche Vertretung
(bei Eltern beide Elternteile)

Der Angemeldete / die Angemeldete hat das Recht auf Einsicht in sämtliche Akten.