

## Einwilligungserklärung zum Datenschutz gemäß Art. 6 Abs. 1 a) EU-DS-GVO

Name, Vorname **Kontaktperson:** \_\_\_\_\_  
(z. B. Lehrer, Therapeuten, sonstige Personen)

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(dienstlich / privat)

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
(dienstlich / privat) (dienstlich / privat)

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des/der Betroffenen: \_\_\_\_\_

Geb.datum des/der Betroffenen: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<p>Ich bin damit einverstanden, dass meine oben genannten Daten innerhalb des Autismus-Kompetenzzentrums für Beratungszwecke und für Verwendungsnachweise in anonymisierter Form an den Kostenträger verwendet werden. Ich bin über die im Autismus-Kompetenzzentrum Oberfranken gGmbH verwendeten Dokumentations- und Datenspeichersysteme mit Hilfe der Erläuterungen im Anhang informiert. Innerhalb der Beratungsstelle sind meine Daten zur Sicherstellung der Beratung und zur Sicherung der Qualität der Beratung den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zugänglich. Diese unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und sind dem Datenschutz verpflichtet.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Ich bin damit einverstanden, dass das Autismus-Kompetenzzentrum Oberfranken gGmbH Informationen (z.B. Ausschreibungen zu Fortbildungen, Vorträgen, allgemeine Informationen) mir per Email, ggf. per Post zusendet.</p>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Stand: 08.08.2023