



CASE MANAGEMENT BERUFSBILDUNG SCHAFFHAUSEN

Entbindung von der Schweigepflicht (Datenschutz)

Hiermit ermächtige ich (Kandidatin/Kandidat Case Management)

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Mobile: _____

Hiermit ermächtige ich für die oben genannte Person (Erziehungsberechtigte/r)

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Mobile: _____

die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der nachfolgend angekreuzten Amtsstellen / Institutionen die für das Case Management Berufsbildung notwendigen persönlichen Daten auszutauschen und entbinde sie – bis auf Widerruf – von ihrer datenschutzrechtlichen Schweigepflicht. Inhalt und Zeitpunkt der Kontaktaufnahme werden zwischen Case Management und Kandidat/In abgesprochen:

	Amtsstelle / Institution	Kontaktperson
<input type="checkbox"/>	Schulische Abklärung und Beratung	
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	
<input type="checkbox"/>	Kantonales Arbeitsamt / RAV	
<input type="checkbox"/>	IV-Stelle / IV Berufsberatung	
<input type="checkbox"/>	Arzt	
<input type="checkbox"/>	Soziale Dienste Gemeinde	
<input checked="" type="checkbox"/>	Berufsberatung / Berufsbildung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aktuelle Klassenlehrperson	
<input checked="" type="checkbox"/>	Lehrbetrieb	

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass während dem CM Prozess Daten für die Dokumentation des Verlaufs und zu statistischen Zwecken erhoben und intern abgespeichert werden. Es gelten dabei die Datenschutzbestimmungen des Kantons Schaffhausen.

 Ort und Datum

 Unterschrift Kandidatin/Kandidat

 Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Weitergeleitet durch:
 Case Management Berufsbildung Schaffhausen

 Unterschrift verantwortliche/r Case Manager/in