



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass das Gesundheitsamt des Landratsamts Neustadt a.d.Aisch–Bad Windsheim, Sachgebiet Gesundheitsförderung folgende personenbezogene Daten:

| | |
|----------------|----------------------|
| Herr/Frau: | <input type="text"/> |
| Vorname, Name: | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> |
| Straße: | <input type="text"/> |
| Wohnort: | <input type="text"/> |

zu folgendem Zweck erfasst und verarbeitet:

(bitte Zweck eintragen, z. B. Einstellungsuntersuchung Verbeamtung, veranlasst vom LfSt.)

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

Meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO nur von berechtigten Personen unter Einhaltung einer angemessenen Datensicherheit erfasst und verarbeitet.

Die Abgabe dieser Einwilligung ist freiwillig.

Wird die Einwilligung nicht erteilt, so kann der Untersuchungsauftrag nicht durchgeführt werden.

Meine datenschutzrechtliche Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft im Rahmen meiner Betroffenenrechte nach Art. 15 ff. DSGVO widerrufen (Datenschutzhinweise: www.keis-nea.de/Datenschutz). Die Widerrufserklärung ist zu richten an:

Landratsamt Neustadt a.d.Aisch–Bad Windsheim
Gesundheitsamt
Konrad-Adenauer-Str. 2
91413 Neustadt an der Aisch

Datum, Unterschrift der Person bzw.
Personenfürsorgeberechtigten