



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

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

Herr/Frau: _____

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

zu folgendem Zweck erfasst und verarbeitet:

Psychosoziale Beratung

Meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie des Bayerischen Datenschutzgesetzes erfasst und verarbeitet.

Die Abgabe dieser Einwilligung ist freiwillig.

Wird die Einwilligung nicht erteilt, so kann die psychosoziale Beratung nicht durchgeführt werden.

Meine datenschutzrechtliche Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. 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

Information nach Art. 13 DSGVO:

Verantwortlich für die Verarbeitung ist Ihr zuständiges Gesundheitsamt. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter <https://www.kreis-nea.de/datenschutz> abrufen. Weitere Informationen erhalten Sie bei Bedarf von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter / Ihrer zuständigen Sachbearbeiterin.