



Entbindung von der Schweigepflicht

Ich...

Name _____

Vorname _____

Strasse und Nr. _____

PLZ und Ort _____

...entbinde folgende Person...

Funktion _____

Name _____

Vorname _____

Strasse und Nr. _____

PLZ und Ort _____

...von der Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass die oben genannte Person mit den Fachpersonen des Kompetenzzentrum Freiamt zusammenarbeitet und Informationen und Daten über _____ weitergibt.

Gleichzeitig erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Kompetenzzentrum Freiamt Informationen und Daten an obengenannte Person weitergeben darf.

Die Fachpersonen unterstehen ebenfalls der Schweigepflicht. Die Entbindung von der Schweigepflicht beschränkt sich, wenn sie nicht vorher schriftlich widerrufen wurde, auf die Zeit der Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum Freiamt.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift _____

Je eine Kopie geht an die entbindende sowie die auftraggebende Person. Das Original wird im Kompetenzzentrum Freiamt abgelegt.