

Schweigepflichtentbindung

Ich, _____
 Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____
 Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

entbinde hiermit die Berater/in der unten eingetragenen Einrichtung und die zuständige Integrationsfachkraft des Jobcenters Landkreis Reutlingen gegenseitig von ihrer Schweigepflicht.

Die Beratung dient zur Überwindung der Hilfebedürftigkeit und zur möglichst schnellen Wiedereingliederung in Arbeit. Ich bin damit einverstanden, dass die erforderlichen Daten zwischen den genannten Beratern ausgetauscht werden dürfen.

Einrichtung:	Jobcenter Landkreis Reutlingen Albstr. 83 72764 Reutlingen
Berater/in: Berater/in:	Berater/in: Berater/in:
Telefon: E-Mail:	Telefon: E-Mail:
Ich entbinde die/den oben genannte/n Berater/in von ihrer/seiner Schweigepflicht Reutlingen, den _____ Datum	Ich entbinde die/den oben genannte/n Berater/in von ihrer/seiner Schweigepflicht Reutlingen, den _____ Datum
_____ Unterschrift	_____ Unterschrift

*Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden.
 Die Gültigkeit der Schweigepflichtentbindung endet andernfalls automatisch nach einem Jahr.*