

Schweigepflichtentbindung

Ich,

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

entbinde hiermit die Berater/in der unten eingetragenen Einrichtung und das Jobcenter Deutsche Weinstraße 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:

Berater/in:

Berater/in:

Telefon:

E-Mail:

Ich entbinde die/den oben genannte/n Berater/in von ihrer/seiner Schweigepflicht

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift

Die Schweigepflichtentbindung behält bis zum Ende des Beratungsbedarfs oder bis zum Widerruf ihre Gültigkeit.