

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

folgenden Arzt,

Vor- und Nachname

Praxis

Praxis-Anschrift

Telefonnummer

folgende Firma,

Firma

Annschrift

Ausbilder

Telefonnummer

folgende/r Person/Einrichtung/Institution,

Name

Firma

Anschrift

Telefonnummer

von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber:

Industrie- und Handelskammer Regensburg für Oberpfalz / Kelheim

Postanschrift: Postfach 11 03 55 | 93016 Regensburg / Büroanschrift: D.-Martin-Luther-Str. 12 | 93047 Regensburg |
Tel.0941 5694-0 | Fax 0941 5694-279 | info@regensburg.ihk.de | www.ihk-regensburg.de

Zweck der Schweigepflichtentbindung ist die Entscheidung über Art und Umfang des Nachteilsausgleichs zur beruflichen Abschlussprüfung (gemäß §2 SGB IX für Menschen mit Behinderung)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift
Erziehungsberechtigte/-r bzw. gesetzliche/-r Betreuer/-in*

*bei gesetzlicher Betreuung: Bitte Nachweis der Vertretungsbefugnis beifügen (Betreuungsausweis)