

Erreichbarkeit

Sind Sie regelmäßig (mindestens einmal am Tag) erreichbar über:

	Ja	Nein
E-Mail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobiltelefon (Mailbox wird abgehört)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sprachkenntnisse:

	mündlich						schriftlich					
	sehr gut			ungenügend			sehr gut			ungenügend		
Deutsch	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
Muttersprache	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
Weitere Sprache	Welche?						Welche?					
	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥

Wissen Sie schon, wo Sie nach der Schulung eine muttersprachliche Informationsveranstaltung durchführen können? Wenn ja, wo?

.....

.....

Einverständniserklärung zur Nutzung und Speicherung personenbezogener Daten

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen Daten durch das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- Vorbereitung von personalisierten Teilnehmendenunterlagen während der Schulungsphase
- Ausstellen von personalisierten Bescheinigungen
- Der Kontaktaufnahme im Rahmen der Schulung, Vertiefungsschulungen und Durchführung von MiMi-Informationsveranstaltungen
- Der Abrechnung von Honoraren von durchgeführten MiMi-Informationsveranstaltungen
- Der internen Dokumentation meiner Tätigkeit als MiMi-Mediator*in

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen, verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

Königstraße 6

30175 Hannover

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten am Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. gelöscht.

_____._____.2019
Datum

Unterschrift Teilnehmer*in