

## Fragebogen für Interessenten | SRH Berufliche Trainingszentren | Integration Plus Berlin

Bitte füllen Sie den Fragebogen in Druckbuchstaben aus. Vielen Dank!

Nach Eingang Ihres Fragebogens und Lebenslaufs erhalten Sie eine Einladung zu einem Abklärungsgespräch.

W  M  D

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sozialvers.-Nr: \_\_\_\_\_

Für welche Maßnahme interessieren Sie sich? (Bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Integration Plus	Sie kehren zu Ihrem Arbeitgeber zurück. Dabei unterstützen wir Sie mit einem professionellen Coaching	bis 9 Monate
--------------------------	------------------	---	-----------------

### Wer hat Sie auf das BTZ aufmerksam gemacht?

- DRV                       Arbeitsagentur                       Klinik/Sozialdienst  
 Therapeut/Arzt                       Facebook                       Sonstiges

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Haben Sie einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) gestellt?

- Ja  
 Nein

Wenn ja, Anschrift: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

### Haben Sie bereits eine Informationsveranstaltung im BTZ besucht?

Nein                       Ja                      am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

### Haben Sie bereits an einer Berufsfindung/Eignungsabklärung teilgenommen?

Nein                       Ja                      wann: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

### Fügen Sie dem Fragebogen einen vollständigen Lebenslauf bei.

- Schulischer und beruflicher Werdegang
- Zeiten der Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit
- Zeiten der Nichtbeschäftigung
- Klinikaufenthalte

## Einwilligungserklärung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten gem. Art. 6 Abs. 1 Buchst. a) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Damit wir Sie zu einem persönlichen Abklärungsgespräch einladen dürfen, benötigen wir Ihre ausdrückliche Einwilligung, Ihre personenbezogenen Daten speichern und verarbeiten zu dürfen.

Gespeichert und verarbeitet werden aufgrund dieser Einwilligung diejenigen personenbezogenen Daten, die Sie auf dem vorliegenden „Fragebogen für Interessenten“ sowie im ggfs. beigefügten Lebenslauf selbst angeben, nämlich Adress- und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Sozialversicherungsdaten, Daten zum schulischen und beruflichen Werdegang sowie Gesundheitsdaten (Diagnosen, Therapien usw.). Die Speicherung und Verarbeitung erfolgt zum Zweck der Kontaktaufnahme, Terminvereinbarung und Vorbereitung eines Abklärungsgesprächs.

Sobald feststeht, dass keine berufliche Rehabilitationsmaßnahme in Betracht kommt, werden die gespeicherten Daten gelöscht. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt ohne ihre vorherige Zustimmung nicht.

### Angaben nach Art. 13 DSGVO: Datenschutzrechte und Kontaktdaten

Sie können jederzeit Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten (Art. 15 DSGVO), deren Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) oder die Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) verlangen sowie Ihr Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) geltend machen. Gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten, die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 Buchst. e oder f DSGVO erfolgt, können Sie Widerspruch einlegen. Unabhängig davon steht Ihnen ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

<u>Verantwortlicher</u> f. d. Verarbeitung (Art. 4 Nr. 7 DSGVO): Berufliches Trainingszentrum Rhein-Neckar gGmbH Geschäftsführung, Herr Franz-Thomas Gann Lempenseite 46, 69168 Wiesloch Tel. 06222 9207 0 E-Mail: franz-thomas.gann@srh.de	Die <u>Datenschutzbeauftragte</u> erreichen Sie unter: Symbion AG Frau Lisa Schraud Robert-Koch-Straße 3, 97230 Estenfeld E-Mail: datenschutz.btz@srh.de
--	--

- Ja, ich bin damit einverstanden, dass die **Berufliches Trainingszentrum Rhein-Neckar gGmbH** meine personenbezogenen Daten zu obengenannten Zwecken speichern und verarbeiten darf. Dies gilt ausdrücklich auch für die Speicherung und Verarbeitung von **Gesundheitsdaten** gem. Art. 9 Abs. 2 Buchst. a) DSGVO. Mir ist bewusst, dass diese Einwilligung **freiwillig** erfolgt und **jederzeit** mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen** werden kann. (bei Zustimmung bitte ankreuzen und unterschreiben)*

---

Ort, Datum

Unterschrift

**Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen und Ihren Lebenslauf an die untenstehenden Kontaktdaten.**

SRH Berufliche Trainingszentren | Integration Plus Berlin  
Ernst-Reuter-Platz 10  
10587 Berlin

Telefon: 030-374374600  
Fax: 030-374374610  
E-Mail: integration-plus-berlin@srh.de  
www.btz-rn.de