

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift und Telefon	

- betreffend meine Tochter / meinen Sohn _____ -

folgende Personen / Institutionen

-
-
-
-

und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pro-Aktiv-Center Osterholz

gegenseitig von der Schweigepflicht.

Mit der Übersendung von Berichten und Gutachten sowie mit zweckdienlichen Telefonaten bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift



Das Pro-Aktiv-Center Osterholz wird durch das Land Niedersachsen und aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) gefördert.



EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Sozialfonds



Europa fördert
Niedersachsen