Einverständniserklärung

zur Übersendung von Personalakten der Bundeswehr

……
Name Vorname Geburtsdatum / PK-Nr. Dienstgrad

……
PLZ Wohnort Straße, Nr.

……
Letzte Dienststelle -genaue Anschrift-

Dienstzeit von / bis: ……

Ich bin einverstanden, dass zur Bearbeitung meiner Bewerbung um Einstellung in den Polizeivollzugsdienst meine Personalakten – einschließlich Disziplinarakten – an die

Hochschule für Polizei Baden-Württemberg
Institutsbereich Personalgewinnung
Wolfgang-Brumme-Allee 52
71034 Böblingen

zur Einsichtnahme und Auswertung übersandt werden.

Mit der Übersendung dieser Unterlagen per Fax bin ich ☐ einverstanden.
☐ nicht einverstanden.

Einschränkungen: _____

Ich bestätige, dass ich auf den Zweck, den Empfänger dieser Auskunft und auf die Folgen im Falle einer Verweigerung der Einwilligung gem. § 4 Abs. 2 LDSG (Landesdatenschutzgesetz) hingewiesen wurde.

_____ X _____
Ort, Datum Unterschrift des Bewerbers

Einverständniserklärung

zur Übersendung der Krankenakten / G-Unterlagen der Bundeswehr, Bundespolizei oder der Polizeien anderer Bundesländer

……
Name Vorname Geburtsdatum / PK-Nr. Dienstgrad

……
PLZ Wohnort Straße, Nr.

……
Letzte Dienststelle -genaue Anschrift-

Dienstzeit von / bis: ……

Hiermit entbinde ich die Ärzte der Bundeswehr sowie des Instituts für Wehrmedizinalstatistik und Berichtswesen Andernach / der Bundespolizei / der Polizeien anderer Bundesländer von der ärztlichen Schweigepflicht. **(Bitte Nichtzutreffendes streichen)**

Ich bin einverstanden, dass zur Bearbeitung meiner Bewerbung um Einstellung in den Polizeivollzugsdienst an das

Präsidium Technik, Logistik, Service der Polizei
Polizeiärztlicher Dienst
Wolfgang-Brumme-Allee 52, 71034 Böblingen

Auskünfte anhand meiner archivierten ärztlichen Aufzeichnungen erteilt und Unterlagen, Erklärungen und sonstige Dokumente zur Einsichtnahme und Auswertung übersandt werden.

Mit der Übersendung dieser Unterlagen per Fax bin ich ☐ einverstanden.
☐ nicht einverstanden.

Es handelt sich dabei um Aufzeichnungen betreffend die Musterung, militärärztliche Tauglichkeits- und Verwendungsfähigkeitsuntersuchungen sowie ärztliche und nichtärztliche Behandlungsmaßnahmen in militärischen und zivilen Einrichtungen.

Einschränkungen: _____

Ich bestätige, dass ich auf den Zweck, den Empfänger dieser Auskunft und auf die Folgen im Falle einer Verweigerung der Einwilligung gem. § 4 Abs. 2 LDSG (Landesdatenschutzgesetz) hingewiesen wurde.

_____ X _____
Ort, Datum Unterschrift des Bewerbers