

# Dozentenauswahl / Dozentinnenauswahl

Bitte möglichst alle Felder ausfüllen bzw. Nichtzutreffendes streichen!

[Geschäftsstelle]

<b>Name:</b>			
<b>Geboren am:</b>		<b>Erstgespräch am:</b>	
<b>Vorhandene Qualifikationen:</b> <b>- Abschlüsse:</b>  <b>- fachlich:</b>  <b>- methodisch-didaktisch:</b> (praktische Erfahrungen)			

<b>Adresse:</b>	

<b>Telefon:</b>	
<b>Handy:</b>	
<b>E-Mail:</b>	

<b>Bankverbindung:</b>	<b>IBAN:</b>	
	<b>Bank:</b>	<b>BIC:</b>

<b>Einsatz in Themenbereichen:</b>	<b>Honorarvereinbarung:</b>
	/ à / à (Ustd. / Std. / Sonstige)

Erweitertes Führungszeugnis vorhanden: ☐ Nein ☐ Ja \_\_\_\_\_  
 optional Ausstellungsdatum

Erklärung zum Schutzauftrag vorhanden: ☐ Nein ☐ Ja \_\_\_\_\_  
 optional Ausstellungsdatum

Kenntnisnahme der einschlägigen Regeln des QM-Systems der FABI ☐ Ja  
 Und der Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Daten: ☐ Ja

\_\_\_\_\_  
 Datum, Name des/der HPM

## Kenntnisnahme durch Dozent/-in:

Hiermit willige ich ein, dass die

---

*Einrichtung*

---

*Adresse*

die vorstehenden Informationen über mich erfasst, speichert und verarbeitet.

Mir ist bekannt,

- dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann,
- dass ich das Recht auf Korrektur, Löschung bzw. Anonymisierung meiner Daten habe und
- dass ich mich bei der Datenschutzaufsicht beschweren kann, sollte mit meinen Daten nicht datenschutzkonform umgegangen worden sein.

---

*Datum, Unterschrift*

## Ergebnis der Ersthospitation oder der Erstbeurteilung durch Teilnehmende

(Bitte jeden Eintrag auf dieser Seite mit Datum und Namenskürzel versehen!)

Datum/Kürzel


## Bemerkungen:

(z. B. Hinweise zum Einsatz, Probleme, Erkenntnisse aus Teilnahmbewertungen, ...)

Datum/Kürzel
