

Dozentenauswahl / Dozentinnenauswahl

Bitte möglichst alle Felder ausfüllen bzw. Nichtzutreffendes streichen!

[Geschäftsstelle]

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

Adresse:	

Telefon:	
Handy:	
E-Mail:	

Bankverbindung:	IBAN:
	Bank:
	BIC:

Einsatz in Themenbereichen:	Honorarvereinbarung:
	/ 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 Ersthospitalisation 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 Teilnahmebewertungen, ...)

Datum/Kürzel
