

Erfassungsbogen Berufliche Ausbildung

Sehr geehrter Teilnehmer!

Im Rahmen der Bekämpfung der Corona-Pandemie dürfen wir Sie nur ausbilden, wenn wir zuvor von Ihnen einige Daten abfragen. Diese Daten werden für einen Monat ab Ihrem Besuch von uns aufbewahrt. Im Falle einer Infektion eines Teilnehmers besteht hierdurch die Möglichkeit, dem Gesundheitsamt mögliche Kontaktpersonen mitzuteilen. Nach dem Ablauf eines Monats werden diese Daten gelöscht bzw. vernichtet.

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefonnummer (Festnetz oder Mobilfunk) : _____

Eine Nutzung oder Weitergabe der Daten zu anderen Zwecken erfolgt nicht!

Sie haben jederzeit das Recht,

- Auskunft über Ihre bei uns über Sie gespeicherten Daten zu verlangen,
- Berichtigung unvollständiger oder unrichtiger Daten zu verlangen,
- Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist,
- die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder Sie Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben,
- Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen,
- Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen und
- sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Vom Betrieb auszufüllen:

Name des Betriebs : ASIS-Arbeitsschutz, Sachverständigenbüro

Datum der Veranstaltung: