

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erkläre ich, _____, meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten. Diese Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zu den folgenden Zwecken:

- Für den Bereich der Beauftragten der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderungen: Wahrnehmung der Aufgaben gem. §14 Abs. 3 Gesetz des Landes Brandenburg zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Brandenburgisches Behindertengleichstellungsgesetz – BbgBGG)
- Für den Bereich der Clearingstelle: Wahrnehmung der Aufgaben nach § 6 Abs. 1 Gesetz zur Ausführung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (AG-SGB IX)
- Für den Bereich der Durchsetzungsstelle: nach § 4 Abs. 3 Brandenburgische Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik nach dem BbgBGG (BbgBITV) durch die Durchsetzungsstelle im Verfahren im Sinne des Artikels 9 der Richtlinie (EU) 2016/2102.

Die Datenverarbeitung erfolgt durch das:

Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg
Henning-von-Tresckow-Straße 2-13
14467 Potsdam
Telefon: 0331-866 0
Fax: 0331-866 5108
E-Mail: poststelle@mgs.brandenburg.de
oder verschlüsselt poststelle.krypto@mgs.brandenburg.de

Folgende Arten meiner personenbezogenen Daten sind von der Datenverarbeitung betroffen:

- Name, Adresse, Kontaktdaten, Gesundheitsdaten, Sozialdaten

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen die Daten nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift

Name, Vorname (gesetzlicher Vertreter)

Ort, Datum

Unterschrift (gesetzlicher Vertreter)