Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, Herr/Frau Vorname, Name eLb, geb. am 09.09.1999, Herrn/ Frau Name der Integrationsfachkraft vom Jobcenter des Landkreises Göttingen *[o. eines Arztes, einer Klinik etc.]* von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem amtsärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes für Stadt und Landkreis Göttingen zum notwendigen Austausch von Informationen im Rahmen der ärztlichen Begutachtung meiner Berufseignung und Leistungs- sowie Vermittlungsfähigkeit in Ausbildung und/ oder Arbeit.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) (Unterschrift Vorname, Name eLb) (ggf. gesetzlich

vertreten durch)