



## Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

bezüglicher meiner Daten und der Daten folgender Familienmitglieder, für die ich sorgeberechtigt bin:  
Vorname, Name (Geburtsdatum)

das Landratsamt Freudenstadt, das Jobcenter, die Agentur für Arbeit, Arbeitgeber, Krankenkassen, Bildungsträger, Wohlfahrtsverbände, Vermieter, Anwälte (Nichtzutreffendes streichen) von den datenschutzrechtlichen Bestimmungen und der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem

**Landratsamt Freudenstadt, Amt für Migration und Flüchtlinge, vertreten durch Mitarbeiter der Sozialbetreuung.**

Diese Erklärung wurde freiwillig von mir abgegeben und mir gegebenenfalls, soweit ich der deutschen Sprache nicht mächtig bin, durch einen Dolmetscher erläutert.

Die Erklärung ist jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufbar.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift