**Angaben zur Person**

Diese Angaben sind freiwillig und dienen ausschließlich der Verwendung durch die Vertrauenspersonen für schwerbehinderte Lehrkräfte an Gymnasien und WBKs der Bezirksregierung Arnsberg gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und § 3 VO-DV I.

Eine Weitergabe dieser Daten an weitere Personen ist untersagt.

Mit dem Ausfüllen geben Sie Ihr Einverständnis, dass die Bezirksschwerbehinderten-vertretung über diese Daten mit Ihnen in Kontakt tritt.

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname** |  |
| **Straße, Nr.****PLZ, Wohnort** |  |
| **Telefon** |  |
| **Mail** |  |
| **Dienstort/Schule** |  |
| **Telefon (Dienstort/Schule)** |  |
| **Vollzeit oder Teilzeit (Stundenanzahl)** |  |
| **GdB / Merkzeichen** |  |
| **unbefristet oder befristet bis** |  |
| **Finden regelmäßig Teilhabegespräche mit der Schulleitung statt?** | O ja O nein |

Ort, Datum: Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_