

Entbindung Schweigepflicht

Vorname, Name _____

Soz. Vers. Nr. _____

Ich bin einverstanden:

Die Personen unten auf diesem Blatt dürfen über mich reden und schreiben.

Die Personen dürfen Dokumente und Akten über mich schicken und anschauen.

Die Personen dürfen nur über wichtige Sachen reden.

Wer von Züriwerk?

Team Wohnen _____

Team Lehrbetriebsverbund

Team Arbeit/Atelier _____

Team Integrierte Arbeitsplätze

Team Sorgenbüro

Mit wem?

mit _____

oder

bei Institution oder Firma _____

Adresse _____

Personen der Gruppe/Abteilung _____

Über was?

mein Geld

meine Gesundheit

meine Arbeit

Bis wann?

bis _____

Ich kann immer sagen: Sie dürfen nicht mehr über mich reden oder schreiben.

Wenn ich nicht mehr in diesem Team wohne oder arbeite oder wenn ich Züriwerk verlasse?

Dann dürfen die Personen noch 2 Wochen über mich reden oder schreiben.

Ort, Datum

Unterschrift Vollmacht-Geber/Vollmacht-Geberin

Ort, Datum

Unterschrift gesetzliche Vertretung (falls nötig)