

Klinikum Wolfsburg
12-1 Zukunftstag
Sauerbruchstraße 7
38440 Wolfsburg

[E-Mail: zukunftstag@klinikum.wolfsburg.de](mailto:zukunftstag@klinikum.wolfsburg.de)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung gemäß Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a in Verbindung mit Artikel 4 Nummer 11 und Artikel 7 DSGVO

Name*

Vorname*

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für nachfolgende Zwecke:
Zukunftstag 2025.

Eine Verwendung meiner personenbezogenen Daten für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein
Inverkehrbringen durch Überlassung der Daten an Dritte ist unzulässig.

Die Stadt Wolfsburg, Klinikum Wolfsburg, als Verantwortliche im Sinne der DSGVO verwendet die folgenden Daten:
Name, Vorname, Geburtsdatum, Hilfe benötigt, Adresse, Telefonnummer, E-Mailadresse, Jahrgang, besuchte Schule.

Meine Einwilligung erteile ich freiwillig. Ich bin mir bewusst, dass mir keine Nachteile entstehen, wenn ich meine
Einwilligung nicht erteile. Allerdings kann ohne diese Zustimmung dem Kind kein Platz für den Zukunftstag 2025
zugeteilt werden.

Mit Vollendung des 15. Lebensjahres ist neben der Einwilligung der Eltern auch die der jeweiligen
Schülerin oder des jeweiligen Schülers erforderlich.

Hinweis:

*Sie können diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die
Rechtmäßigkeit der bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgten Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten wird
dadurch nicht berührt. Sie können den Widerruf postalisch oder per E-Mail an zukunftstag@klinikum.wolfsburg.de
mitteilen, ohne dass Ihnen dafür Kosten entstehen.*

*Wenn Sie beabsichtigen, der Stadt Wolfsburg schutzwürdige Informationen außerhalb des Formulars auf der ersten
Seite zu senden, wird der Postweg empfohlen. Der Versand per E-Mail ist nicht sicher.*

Ort

Datum

Unterschrift des Kindes

Unterschrift einer oder eines Erziehungsberechtigten
