

## Schweigepflichtentbindung KAoA-STAR

Hiermit entbinde ich die Fachkräfte im Bereich Übergang Schule-Beruf des

Integrationsfachdienstes (IFD) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (IFD-Adresse)

in Bezug auf meine Daten / bzw. die Daten meines Kindes

\_\_\_\_\_ (Name des Kindes)

von der Schweigepflicht gegenüber (z. B. Name des Praktikumsbetriebes, externer Träger):

Name: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Aufgaben des Integrationsfachdienstes (IFD) nach § 193 SGB IX Auskünfte zu meinem Kind bzw. Mitteilungen an die o.g. Dritten (Träger/Betriebe) zum Zwecke der Beruflichen Orientierung bzw. beruflichen Teilhabe meines Kindes vorgenommen werden, soweit dies erforderlich ist.

Mir ist bekannt, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit bei dem oben genannten regionalen Integrationsfachdienst (IFD) oder beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Koordinierungsstelle KAoA-STAR, Von-Vincke-Straße 23-25, 48143 Münster) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schülerin/Schüler (bei Volljährigkeit)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertretung