

ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEFLICHT

BERATUNG ZUM STUDIUM MIT BEHINDERUNG
ODER CHRONISCHER ERKRANKUNG

**STUDENTENWERK
OLDENBURG**
.....
.....

Hiermit entbinde ich, _____ (vollständiger Name),
geboren am _____,
die Person _____, beschäftigt beim Studentenwerk Oldenburg als _____, von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB gegenüber folgenden Personen / Institutionen:

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf folgenden Zweck / Inhalt:

Die Schweigepflichtentbindung gilt widerruflich bis: _____

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

Ort, Datum, Unterschrift