

PERSONALBOGEN (PJ-Studenten)

Einsatz von [Datt	im Beginnj dis [Datum Endej als PJ-Studenv-In
Vor- und Zuname:	Geburtsname:
geb. am:	in
Adresse:	[Straße, PLZ und Ort]
Email-Adresse:	
Telefon:	Handy:
Staatsangeh.:	Religion:
Derzeitiger Berufs-	und Ausbildungsstand: [Berufsausbildung (Prüfungen/Examen - Daten angeben)]
Tertial in der	☐ Inneren Medizin ☐ Chirurgie ☐ Radiologie ☐ Anästhesie
Bemerkungen / Rotationswünsche:	
Im Falle der Einst Während der Pro Monatsletzten gel Verpflichtungserk Gemäß \$ 4 Satz 2 Ich verpflichte mic 1. die Anordnur und seine Eir Tätigkeit gel Bestimmung	lärung zum Datenschutz 2 KDO-Novelle 2003 und zu Abschnitt III. KDO-DVO ch, ng über den kirchlichen Datenschutz für den Orden der Barmherzigen Brüder in Bayern nrichtungen gemäß – KDO-Novelle 2003 – vom 01.10.2003 sowie die anderen für meine tenden Datenschutzregelungen einschließlich der zu ihrer Durchführung ergangenen en sorgfältig einzuhalten und bestätige, dass ich auf die wesentlichen Grundsätze der für
lch wurde fe geltenden D	eit geltenden Bestimmungen hingewiesen wurde. rner darauf hingewiesen, dass die KDO und die Texte der übrigen für meine Tätigkeit atenschutzvorschriften bei Personalabteilung, MAV, Datenschutzbeauftragten und bei eilungsleiter eingesehen und auch für kurze Zeit ausgeliehen werden können.
Ich bin darüb Verstoß gege arbeitrechtlic	heimnis auch nach Beendigung meiner Tätigkeit zu beachten. ber belehrt worden, dass ein Verstoß gegen das Datengeheimnis gleichzeitig einen en die Schweigepflicht darstellt, der disziplinarrechtliche beziehungsweise he/rechtliche Folgen haben kann. ung wird zu den Akten genommen.
[Ort, Datum]	
	Unterschrift

Checkliste

name		Eintritt			
Eir	nsatzort				
1.	. Steueridentifikationsnummer oder Lohnsteuerbescheinigung des Finanzamtes:	[hier Steuernr. einfügen]		ja	fehlt noch
2.	. Sozialversicherungsnummer:	[hier Sozialversicherungsnr. einfügen]		ja	fehlt noch
3. Sozialversicherungsausweis:				ja	fehlt noch
4.	. Krankenkasse	[hier Namen der KK einfügen]	<u> </u>		
5.	Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse		_ 🗆	ja	fehlt noch
6.	Immatrikulationsbescheinigung			ja	fehlt noch
7.	Ärztliche Bescheinigung (Bescheinigung der Uni zu Beginn des 1. Tertials)			ja	fehlt noch
8.	. Bankverbindung			ja	nein
	Konto-Nr.				
	BLZ				
	Name der Bank				
	Kontoinhaber				
	IBAN				
	SWIFT				
Ī			_		