

Schweigepflichtentbindungserklärung

Interne Abklärungen durch die Ansprechperson Barrierefreiheit

_____, geboren am _____

(Ihr Name und Vorname)

(Ihr Geburtsdatum)

entbindet die Ansprechperson Barrierefreiheit der OST von der Schweigepflicht im Rahmen von Abklärungen zum Nachteilsausgleich gegenüber der jeweiligen Studiengangsleiterin bzw. dem jeweiligen Studiengangsleiter sowie der jeweiligen Departementsleiterin bzw. dem jeweiligen Departementsleiter. Diese erhalten Einsicht in den Antrag auf Nachteilsausgleich und die eingereichten Unterlagen.

Für die Abklärungen der Umsetzbarkeit und für die Umsetzung des Nachteilsausgleichs können weitere Personen der OST miteinbezogen werden. Gegenüber diesen Personen werden lediglich die Auswirkungen der Beeinträchtigung kommuniziert und es wird Einsicht in die Verfügung gewährt.

(Ihr Studienort)

(Ort und Datum)

(Ihre Unterschrift)

Diese Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.