

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

im Rahmen von Durchführung von Schutzimpfungen
 durch das Arbeitsmedizinische Zentrum (AMZ) der Charité

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass das AMZ meine unten angegebenen personenbezogenen Daten:

Name, Vorname, Geburtsdatum, ggf. Titel, Geschlecht, Arbeitgeber, Arbeitgeberadresse, Beschäftigungsbereich, Tätigkeit, dienstliches Telefon und Adresse.

Die Angabe der Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse ist optional.

zu den Zwecken der Durchführung von Schutzimpfungen wie in der Datenschutzzinformation beschrieben verarbeitet werden:

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten an weitere Empfänger (z.B. Arbeitgeber) wie in der Datenschutzzinformation beschrieben weitergegeben werden können.

Rechte der Betroffenen und Kontaktaufnahme

Ich habe das **Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung** meiner gespeicherten personenbezogenen Daten. Ich kann meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Daten **jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen**, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Dazu kann ich mich zuerst an die **ausführende Stelle** unter den folgenden Kontaktdaten wenden:

Arbeitsmedizinisches Zentrum (AMZ)
 Augustenburger Platz 1 | 13353 Berlin
 E-Mail: amz-leitungsbuero@charite.de
 Telefon: +49 30 450 572

Meine Daten werden gelöscht, sobald sie zur Zweckerfüllung nicht mehr erforderlich sind, aber spätestens sobald die gesetzliche Aufbewahrungsfrist endet – im Normalfall nach 10 Jahren.

Zur Geltendmachung der o. g. Rechte stehen mir zusätzlich zur ausführenden Stelle folgende Kontaktdaten zur Verfügung:

Behördliche Datenschutzbeauftragte
 Charité - Universitätsmedizin Berlin
 Charitéplatz 1, 10117 Berlin
 E-Mail: datenschutzbeauftragte@charite.de

Ich habe das **Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde**, wenn ich der Ansicht bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Die Beschwerde kann formlos bei einer Aufsichtsbehörde erfolgen, bspw.:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
 Alt-Moabit 59-61
 10555 Berlin
 E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de
 Telefon: +49 30 13889-0
 Fax.: +49 30 2155050

Eine Ausfertigung der Datenschutzzinformation und dieser Einwilligungserklärung kann ich auf Wunsch erhalten.

[Name, Vorname]:
 (leserlich/in Druckbuchstaben)

.....
 [Ort, Datum]

.....
 [Unterschrift]