

Samtykke til behandling af helbredsoplysninger

Jeg giver hermed samtykke til, at Uddannelsesforbundet, herunder min tillidsrepræsentant og vedkommendes suppleant, må behandle helbredsoplysninger om mig i følgende sammenhæng/sag:

Samtykket gælder følgende behandlinger:

- Opbevaring og brug af oplysningerne i relation til ovennævnte sammenhæng/sag.
- Videregivelse af oplysningerne til skolens ledelse, hvis Uddannelsesforbundet, herunder min tillidsrepræsentant og vedkommendes suppleant, skønner det relevant for at varetage mine interesser bedst muligt.

Formålet er at give Uddannelsesforbundet, herunder min tillidsrepræsentant og vedkommendes suppleant, mulighed for bedst muligt at varetage mine ansættelsesretlige og overenskomstmæssige interesser i den konkrete sammenhæng/sag.

Jeg vil altid kunne ændre, i hvilket omfang mit samtykke gælder, eller helt trække samtykket tilbage ved at kontakte Uddannelsesforbundet på info@uddannelesforbundet.dk eller tlf. 70 70 27 22.

Dato: _____ Fulde navn: _____

Skole/arbejdsplads: _____

Underskrift: _____