Klinikum Chemnitz gGmbH

Einverständniserklärung der gesetzlichen Vertreter für minderjährige Bewerber

Vater*:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße/Haus-Nr.	PLZ Wohnort
Telefon (privat)	Telefon (dienstlich)

Mutter*:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße/Haus-Nr.	PLZ Wohnort
Telefon (privat)	Telefon (dienstlich)

Vormund:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße/Haus-Nr.	PLZ Wohnort
Telefon (privat)	Telefon (dienstlich)

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass sich unsere Tochter/unser Sohn an der Klinikum Chemnitz gGmbH um einen Ausbildungsplatz bewirbt.

Vor- und Nachname des Kindes (Bewerbers)

Datum	Unterschrift des Vaters	Unterschrift der Mutter
Datum	Unterschrift des Vormundes	

*** Bei fehlenden Angaben oder nicht zu erbringender Unterschrift zu einem Elternteil bitte einen Nachweis über das alleinige Sorgerecht oder eine entsprechende Vollmacht beifügen.**