Name, Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zum**

**Betrieblichen Eingliederungsmanagement**

Über das Betriebliche Eingliederungsmanagement, dessen Grund und Zielsetzung wurde ich informiert. Der „Leitfaden zur Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements gem. § 167 Abs. 2 SGB IX im Geschäftsbereich des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus“ wurde mir ausgehändigt.

Der Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements stimme ich zu und eine Teilnahme ist mir möglich. Alle meine Angaben hierzu sind freiwillig. Ich kann mein Einverständnis zu jedem Zeitpunkt des Verfahrens mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Ablehnung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements bzw. der Widerruf haben keine dienst- bzw. arbeitsrechtlichen Konsequenzen.

Ich wünsche, dass neben der für die Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement zuständigen Person folgende Personen am Gespräch teilnehmen (vgl. Ziff. III. 5.1 des Leitfadens):

 **Name: Funktion:**

………………………… …………………………

………………………… …………………………

………………………… …………………………

………………………… …………………………

Alle diese Personen sind zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet.

Die Datenschutzhinweise für die Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements habe ich erhalten und über meine Rechte (insb. aus Art. 15 DSGVO, aber auch aus Art. 107 BayBG bzw. § 3 Abs. 6 TV-L) Kenntnis erlangt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift