# MITGLIED IN AUFNAHME- UND PRÜFUNGSKOMMISSIONEN

Oberösterreich

## ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

☐ Frau ☐ Herr

Nachname

Titel

Vorname

SV-Nr.

Straße | Hausnummer | Stiege | Tür

PLZ

Ort

Telefon-Nr.

E-Mail

Berufsbezeichnung

Abgeschlossene Berufsausbildung(en)

Dienstgeber

Ich bin damit einverstanden, dass die Arbeiterkammer Oberösterreich obige Daten zur Aufnahme zur Prüfungskommission verarbeitet. Mein Name und die Kontaktdaten werden an die zuständige Aufnahme- und Prüfungskommission weitergeleitet. Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

**KONTAKT**
Arbeitsbedingungen
ANSCHRIFT Volksgartenstraße 40, 4020 Linz
TEL +43 (0)50 6906-2316
E-MAIL klimmer-mayrl.e@akooe.at
WEBSITE ooe.arbeiterkammer.at