

Sie haben Interesse an unseren Angeboten zur beruflichen Rehabilitation? Bevor wir Sie zu einem ausführlichen Vorstellungsgespräch einladen, bitten wir Sie um folgende Angaben:

**Persönliche Daten:**

Anrede:  Frau  Herr

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsland: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon:(freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Führerschein  ja  nein eigenes Fahrzeug  ja  nein

Schulbildung: \_\_\_\_\_  mit Abschluss  ohne Abschluss

Beruf (1) \_\_\_\_\_  mit Abschluss  ohne Abschluss

Beruf (2) \_\_\_\_\_  mit Abschluss  ohne Abschluss

**Ich bin / beziehe zurzeit:**

berentet  arbeitsunfähig  berufstätig  arbeitslos

ALG I bis  ALGII  sonstige Einkünfte

**Mein Trainingsziel:**

Ich möchte wieder in meinem erlernten Beruf / im gewohnten Berufsfeld / mit neuen Schwerpunkten arbeiten.

Ich möchte mich gezielt auf eine Ausbildung oder Umschulung vorbereiten.

**Mein Berufsziel:** \_\_\_\_\_

Falls Sie eine Umschulung anstreben: Müssen Sie Ihren alten Beruf aus gesundheitlichen Gründen aufgeben?  ja  nein

Ich weiß noch gar nicht, was ich machen soll.

**Einschätzung der eigenen Belastbarkeit**

Ich traue mir zu, meine Trainingszeit von zunächst 8:00 Uhr bis 14:00 Uhr zügig auf Vollzeit zu steigern  ja  nein

**Die Informationsveranstaltung des Beruflichen Trainingszentrums habe ich besucht:**

ja, am \_\_\_\_\_  nein

**Fügen Sie bitte Ihrer Bewerbung einen Lebenslauf mit folgenden Angaben bei:**

Schulbildung \_\_\_\_\_ Zeiten der Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit \_\_\_\_\_

Berufsausbildung \_\_\_\_\_ Krankheitsphasen \_\_\_\_\_

Berufstätigkeiten \_\_\_\_\_ andere wichtige Lebensereignisse \_\_\_\_\_

Ohne diese Angaben können wir Ihre Bewerbung nicht bearbeiten!

**Für ein Training benötigen wir weiterhin folgende Angaben:**

bei Arbeitslosigkeit Kundennummer der Arbeitsagentur/Jobcenter: \_\_\_\_\_

und zusätzlich Ihre Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Wer hat Sie auf das Berufliche Trainingszentrum hingewiesen: \_\_\_\_\_

**Ich habe bei meiner zuständigen Arbeitsagentur bzw. Rentenversicherung einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) gestellt:**

ja, Datum \_\_\_\_\_  nein

falls ja:  Arbeitsagentur  Rentenversicherung

zuständige/r Berater/in: \_\_\_\_\_

Der Antrag wurde bereits grundsätzlich bewilligt  ja  nein

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob der Bogen vollständig ausgefüllt ist und ob Sie den tabellarischen Lebenslauf beigefügt haben.

Wir werden Sie dann zu einem ausführlichen Vorstellungsgespräch einladen.

**Bitte senden Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zurück an**

Berufliches Trainingszentrum Hamburg GmbH

Zweigstelle Lübeck

Fackenburger Allee 2

23554 Lübeck

Telefon: 0451 209492-24

E-Mail: info@btz-luebeck.de

Internet: www.btz-luebeck.de

## Information nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung für Bewerberinnen und Bewerber

Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben hat einen hohen Stellenwert für unser Unternehmen. Wir möchten Sie nachfolgend über die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten bei uns aufklären:

### Verantwortliche Stelle:

Für die Datenerhebung und -verarbeitung ist das Unternehmen verantwortlich, bei dem Sie sich beworben haben.

### Daten, die wir benötigen:

Bei der Anfrage verarbeiten wir Daten von Ihnen, die wir im Rahmen der Bewerbung benötigen. Dies sind Kontaktdaten, die Sie uns zur Verfügung stellen. Die Rechtsgrundlage hierfür ergibt sich aus Artikel 6, Absatz 1 Lit. b DSGVO.

### Datenlöschung:

Soweit keine gesetzliche Aufbewahrungsfrist existiert, werden die Daten gelöscht, sobald eine Speicherung nicht mehr erforderlich bzw. das berechtigte Interesse an der Speicherung erloschen ist. Sofern Sie keine berufliche Rehabilitationsmaßnahme im BTZ absolvieren, löschen wir die Daten sofort.

Im Übrigen richtet sich die Dauer der Speicherung nach den gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bspw. aus der Abgabenordnung (6 Jahre) oder dem Handelsgesetzbuch (10 Jahre).

### Vertrauliche Behandlung Ihrer Daten:

Ihre Daten behandeln wir selbstverständlich vertraulich und übermitteln diese nicht an Dritte.

### Ihre Datenschutzrechte:

Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung unrichtiger Daten oder auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z.B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Es besteht zudem das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, wenn eine der in Art. 18 DSGVO genannten Voraussetzungen vorliegt und in den Fällen des Art. 20 DSGVO das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Jede betroffene Person hat das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn sie der Ansicht ist, dass die Verarbeitung der sie betreffenden Daten gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen verstößt. Das Beschwerderecht kann insbesondere bei einer Aufsichtsbehörde in dem Mitgliedstaat des Aufenthaltsorts oder des Arbeitsplatzes der betroffenen Person oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes geltend gemacht werden.

### Unser Datenschutzbeauftragter:

Sie haben zudem das Recht, sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden, der bezüglich Ihrer Anfrage zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Die Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten lauten:

#### KONTAKTDATEN

Dr. Uwe Schläger  
datenschutz nord GmbH  
Konsul-Smidt-Straße 88  
28217 Bremen

Tel.: 0421 696632-0  
Fax: 0421 696632-11  
E-Mail: [office@datenschutz-nord.de](mailto:office@datenschutz-nord.de)  
Web: [www.datenschutz-nord-gruppe.de](http://www.datenschutz-nord-gruppe.de)

Nähere Informationen stellen wir Ihnen gerne auf Anfrage zur Verfügung.