

An

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

Ihre Ansprechperson:

\_\_\_\_\_

**Fon:** 0228 76 36 38 82

**Fax:** 0228 76 36 38 76

**Handy:** \_\_\_\_\_

**Tag:** \_\_\_\_\_ Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

**Tag:** \_\_\_\_\_ Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

**Bonn, den** \_\_\_\_\_

### Entbindung von der Schweigepflicht

Sehr geehrte Damen und Herren,

Herr/Frau: \_\_\_\_\_,

geboren am: \_\_\_\_\_

Kundennummer/BG-Nummer: \_\_\_\_\_

Aktenzeichennummer: \_\_\_\_\_

entbindet oben genanntes Amt: Jobcenter / Agentur / Ausländer / Medizinische / Schulamt  
/ Jugendamt/ Soziales / Familienkasse, von seiner Schweigepflicht gegenüber dem  
Bildungs- und Familienzentrum Vielinbusch zwecks Beratung und Hilfestellung.

Mit freundlichen Grüßen,

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift

