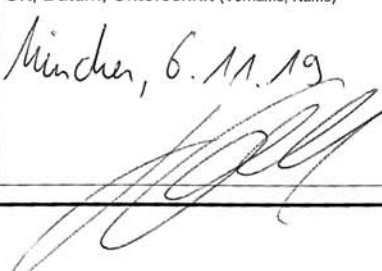


Name, Vorname, ggf. Vor-/Zusatzwort und/oder Akademischer Grad Gogoll, Jan Dr.	Schutzbereich 3	
	Personenkennziffer (sofern bekannt/vorhanden) (sonst) Geburtsdatum	020787 6 30515

H Einwilligung gemäß § 51 BDSG	
<p>Ich willige in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der Angaben zu meiner Festnetznummer und/oder Mobilfunknummer und/oder E-Mail-Adresse zum Zwecke der Erreichbarkeit im Rahmen des Bewerbungsverfahrens für ein Dienst-/Arbeitsverhältnis sowie zur Durchführung der damit einhergehenden Bewerberbindungsmaßnahmen ein. Diese Angaben dürfen von allen am Bewerbungs-/ Bewerberbindungsverfahren beteiligten Stellen genutzt werden.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja</p> <p>Ort, Datum, Unterschrift (Vorname, Name) München, 6.11.19 Jan Gogoll</p> <p>Eine Verweigerung der Einwilligung bzw. das Unterlassen der Bekanntgabe dieser Daten hat <u>keinen</u> nachteiligen Einfluss auf das Bewerbungsverfahren. Bei Verweigerung der Einwilligung wird auf die postalische Adresse zurückgegriffen.</p> <p>Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:</p> <p style="text-align: center;">Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr Abteilung II, Brühler Straße 309, 50968 Köln (personalgewinnung@bundeswehr.org)</p>	

I Erklärung	
<p>Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht habe. Ich bin mir bewusst, dass unrichtige Angaben bzw. eine Verurteilung/ein anhängig werdendes Straf-/Ermittlungsverfahren <u>nach Abschluss</u> des Auswahlverfahrens meine Einstellung als Soldat/in verhindern bzw. die sofortige Auflösung des Ausbildungs-/Beschäftigungs-/Dienstverhältnisses zur Folge haben können und der Stelle, bei der das Assessment stattfand, mitzuteilen sind.</p>	
Ort, Datum, Unterschrift (Vorname, Name) München, 6.11.19 	Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift (<u>aller</u>) resp. des/der Sorgeberechtigten bzw. des/der gesetzlichen Vertreterin/Vertreter(s). Der Durchführung einer ärztlichen Untersuchung im Sinne des Feldes G2 im notwendigen Umfang wird <u>ausdrücklich</u> zugestimmt. Name(n), Vorname(n), Ort, Datum, Unterschrift(en)