

Mitglied in Aufnahme- und Prüfungskommissionen



Zustimmungserklärung

Frau Herr Divers

Nachname

Titel

Vorname

SV-Nr.

Straße | Hausnummer | Stiege

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
Volksgartenstraße 40, 4020 Linz
+43 (0)50 6906-2316
mip@akooe.at
ooe.arbeiterkammer.at