

Bitte in Blockschrift ausfüllen:

Familienname, Vorname gesetzliche Vertretung:

Familienname, Vorname, Geb.Datum Proband/in

Ich stimme zu, dass

- die personenbezogenen Daten meines Kindes (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Straße, PLZ, Ort, Telefonnummer, Mail-Adresse) für die Testung der Potenziale erhoben werden.
- die Testergebnisse 10 Jahre gespeichert und danach vernichtet werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- zur Evaluierung, stetigen Verbesserung sowie Erarbeitung optimaler Aus- und Weiterbildungsangebote das WIFI NÖ wissenschaftliche Studien (auch mit externen Auftragnehmern) durchführt. Im Rahmen dieser Studien können fallweise ehemalige Teilnehmerinnen und Teilnehmer des WIFI NÖ auf freiwilliger Basis telefonisch oder postalisch zu Themen des Bildungsweges und der Berufswahl befragt werden.
- die Testergebnisse für die Beratung an eine Psychologin / einen Psychologen weitergeleitet werden.
- die Testergebnisse an das Land NÖ in anonymisierter Form für etwaige wissenschaftliche Studien weitergeleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift Proband/in

Unterschrift gesetzliche Vertretung