

ÖZIV ARBEITSASSISTENZ AMELDEFORMULAR

Ja, ich habe Interesse am kostenlosen Arbeitsassistentenangebot und ersuche um Kontaktaufnahme

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel.:

E-Mail:

Art der Behinderung:

- Körperbehinderung:
- Sinnesbehinderung:
- Chronische Erkrankung:
- Sonstige:
- Grad der Behinderung (falls festgestellt):

Beruflicher Status:

- ohne Beschäftigung
- in Beschäftigung
- Pension befristet
- Pension unbefristet
- Sonstiges

Wie haben Sie von unserem Angebot erfahren?

Ich stimme zu, dass meine Angaben aus dem Kontaktformular zum Zweck der weiteren Kontaktaufnahme und Prüfung der Zielgruppenzugehörigkeit für das Arbeitsassistentenangebot vom ÖZIV Bundesverband erhoben und verarbeitet werden.

Hinweis: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Detaillierte Informationen zum Umgang mit Nutzerdaten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung. Diese finden Sie auf unserer Homepage.

<https://www.oeziv.org/datenschutz/>

Ort, Datum, Unterschrift:



NETZWERK BERUFLICHE
ASSISTENZ
ARBEITSASSISTENZ

Gefördert von:  Sozialministeriumservice

ÖZIV ARBEITSASSISTENZ, Neunkirchner Straße 65, 2700 Wr. Neustadt,

arbeitsassistentenz@oeziv.org www.oeziv.org/arbeitsassistentenz