

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN**

im Rahmen von Durchführung von Schutzimpfungen  
 durch das Arbeitsmedizinische Zentrum (AMZ) der Charité

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass das AMZ meine unten angegebenen personenbezogenen Daten:

*Name, Vorname, Geburtsdatum, ggf. Titel, Geschlecht, Arbeitgeber, Arbeitgeberadresse, Beschäftigungsbereich, Tätigkeit, dienstliches Telefon und Adresse.*

Die Angabe der Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse ist optional.

zu den Zwecken der Durchführung von Schutzimpfungen wie in der Datenschutzzinformation beschrieben verarbeitet werden:

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten an weitere Empfänger (z.B. Arbeitgeber) wie in der Datenschutzzinformation beschrieben weitergegeben werden können.

**Rechte der Betroffenen und Kontaktaufnahme**

Ich habe das **Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung** meiner gespeicherten personenbezogenen Daten. Ich kann meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Daten **jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen**, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Dazu kann ich mich zuerst an die **ausführende Stelle** unter den folgenden Kontaktdaten wenden:

Arbeitsmedizinisches Zentrum (AMZ)  
 Augustenburger Platz 1 | 13353 Berlin  
 E-Mail: [amz-leitungsbuero@charite.de](mailto:amz-leitungsbuero@charite.de)  
 Telefon: +49 30 450 572

Meine Daten werden gelöscht, sobald sie zur Zweckerfüllung nicht mehr erforderlich sind, aber spätestens sobald die gesetzliche Aufbewahrungsfrist endet – im Normalfall nach 10 Jahren.

Zur Geltendmachung der o. g. Rechte stehen mir zusätzlich zur ausführenden Stelle folgende Kontaktdaten zur Verfügung:

Behördliche Datenschutzbeauftragte  
 Charité - Universitätsmedizin Berlin  
 Charitéplatz 1, 10117 Berlin  
 E-Mail: [datenschutzbeauftragte@charite.de](mailto:datenschutzbeauftragte@charite.de)

Ich habe das **Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde**, wenn ich der Ansicht bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Die Beschwerde kann formlos bei einer Aufsichtsbehörde erfolgen, bspw.:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
 Alt-Moabit 59-61  
 10555 Berlin  
 E-Mail: [mailbox@datenschutz-berlin.de](mailto:mailbox@datenschutz-berlin.de)  
 Telefon: +49 30 13889-0  
 Fax.: +49 30 2155050

Eine Ausfertigung der Datenschutzzinformation und dieser Einwilligungserklärung kann ich auf Wunsch erhalten.

[Name, Vorname]: .....  
 (leserlich/in Druckbuchstaben)

.....  
 [Ort, Datum]

.....  
 [Unterschrift]