



Thierhaupten, den _____

Soziales Netzwerk Marktgemeinde Thierhaupten

Schweigepflichterklärung

Frau/Herr _____ Geb. _____

Anschrift _____

Telefon _____ E-Mail: _____

Hiermit verpflichte ich mich, Schweigepflicht im Rahmen des freiwilligen Engagements im Sozialen Netzwerk Thierhaupten zu beachten.

Ich werde über alles, was ich im Kontakt mit den von mir Besuchten, ihren Angehörigen und Freunden, sowie über Einrichtungen und Mitarbeiter/innen an persönlichen Informationen erfahre, Stillschweigen gegenüber Dritten bewahren.

Ich versichere, dass ich keinen privaten oder geschäftlichen Nutzen aus meiner ehrenamtlichen Tätigkeit ziehen werde.

Die Schweigepflicht gilt auch nach Beendigung meiner Tätigkeit beim **Sozialen Netzwerk Thierhaupten**.

Ort, Datum, Unterschrift freiwillige(r) Helfer(in)

Ort, Datum, Unterschrift Koordinationsstelle Soziales Netzwerk Thierhaupten