

Personalbogen für Studierende im Praktischen Jahr

Personalnummer
(wird von Personalabrechnung ausgefüllt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ausweisnummer
(wird von Personalabrechnung ausgefüllt)

1. Angaben zur Person

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht		Geburtsname	
Familienstand		Staatsangehörigkeit	
Straße			
PLZ		Wohnort	
Telefon/Mobil		E-Mail	

2. Zahlungsrelevante Angaben

Bankinstitut																								
IBAN	<table border="1"><tr><td>DE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			DE																				
DE																								
Konto-Nr.		BLZ		BIC																				
RV-Nr.		Krankenkasse																						
<input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert		<input type="checkbox"/> privat krankenversichert																						
Steuerdaten:	Ist das Universitätsklinikum während PJ Hauptarbeitgeber?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																				
	Steuer-ID-Nr.																							
Steuerklasse		Konfession		Kinderzahl																				

3. Erklärung und Unterschrift

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Angaben dieser Erklärung oder die Aufnahme einer weiteren Beschäftigung dem Universitätsklinikum Ulm, Bereich Personal, Personalabrechnung, unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Mir ist bewusst, dass ich bei Verletzung dieser Mitteilungspflicht, bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben, dem Arbeitgeber den entstandenen Schaden ersetzen muss. Ich versichere, dass alle vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Anlagen: Aktuelle Studienbescheinigung Kopie Zuteilungsbescheid Aktuelle Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse
Bescheinigung zum Nachweis eines ausreichenden Impfschutzes gegen Masern oder einer Immunität gegen Masern

Ohne vollständige Angaben und Unterlagen kann keine Bearbeitung erfolgen (Keine Entgeltabrechnung und Freischaltung des Kurzzeitausweises möglich!)

Niederschrift

über die Information zum **Datengeheimnis**
und zur **Verschwiegenheitspflicht**

(bei Personen, die ohne Anstellung zur beruflichen Aus- und Weiterbildung im Klinikum tätig sind, sowie BFD)

Informierende/r:

Informierte/r:

Titel, Name in Druckbuchstaben

Titel, Name in Druckbuchstaben [Telefonnummer]

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doktorand | <input type="checkbox"/> Famulant |
| <input type="checkbox"/> PJ | <input type="checkbox"/> Stipendiat |
| <input type="checkbox"/> Student | <input type="checkbox"/> Praktikant |
| <input type="checkbox"/> BFD | |
| <input type="checkbox"/> Anderes: _____ | |

Einrichtung des Klinikums, Funktion in Druckbuchstaben [Stempel]

Status (bitte ankreuzen bzw. eintragen)

Erklärung:

Datenschutzrechtliche Vorschriften (EU-Datenschutzgrundverordnung und nationale Ausführungsgesetze) verlangen, dass personenbezogene Daten so verarbeitet werden, dass die Rechte der durch die Verarbeitung betroffenen Personen auf Vertraulichkeit und Integrität ihrer Daten gewährleistet werden. Daher ist es Ihnen auch nur gestattet, personenbezogene Daten in dem Umfang und in der Weise zu verarbeiten, wie es entsprechenden betrieblichen Weisungen entspricht und zur Erfüllung der Ihnen übertragenen Aufgaben erforderlich ist.

Nach diesen Vorschriften ist es untersagt, personenbezogene Daten unbefugt oder unrechtmäßig zu verarbeiten oder die Sicherheit der Verarbeitung in einer Weise zu verletzen, die zur Vernichtung, zum Verlust, zur Veränderung, zu unbefugter Offenlegung oder unbefugtem Zugang führt. Für unser Unternehmen existieren daneben verbindliche Regelungen zu Datenschutz und Informationssicherheit. Diese sind von allen Beschäftigten einzuhalten.

Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften können ggf. mit Geldbuße, Geldstrafe oder Freiheitsstrafe geahndet werden. Entsteht der betroffenen Person durch die unzulässige Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten ein materieller oder immaterieller Schaden, kann ein Schadenersatzanspruch entstehen. Ein Verstoß gegen datenschutzrechtliche Vorschriften und Unternehmensrichtlinien zu Vertraulichkeit, Datenschutz und Informationssicherheit stellt daneben einen Verstoß gegen arbeitsvertragliche Pflichten dar, der entsprechend geahndet werden kann.

Soweit Sie Gesundheitsdaten verarbeiten, sind Sie als Berufsgeheimnisträger oder als Mitwirkender an der Tätigkeit von Berufsgeheimnisträgern zur Geheimhaltung verpflichtet (Schweigepflicht). Es ist Ihnen untersagt, fremde Geheimnisse, namentlich zum persönlichen Lebensbereich gehörende Geheimnisse oder Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse unbefugt zu offenbaren. Die Verpflichtung auf die Geheimhaltung besteht auch nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses fort.

Soweit Ihre Tätigkeit das Fernmeldegeheimnis berührt, dürfen Sie sich nicht über das erforderliche Maß hinaus Kenntnis vom Inhalt oder den näheren Umständen der Telekommunikation verschaffen. Sie dürfen derartige Kenntnisse grundsätzlich nicht an Dritte weitergeben.

Das Datenschutzhandbuch befindet sich im Intranet des Klinikums. Es enthält verbindliche Regeln sowie Praxis- und Hintergrundinformationen zum Datenschutz.

Hinweis über die Verarbeitung persönlicher Daten

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass meine persönlichen Daten im Rahmen des geltenden Datenschutzrechts verarbeitet werden. Für weitere Informationen wurde mir das Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich von dem Inhalt der genannten Bestimmungen Kenntnis genommen habe. Eine Abschrift dieser Niederschrift, ggf. vorhandenen Anlagen, habe ich erhalten.

Ulm, den

Unterschrift des/der Informierten

Ulm, den

Unterschrift des/der Informierenden



Bescheinigung zum Nachweis eines ausreichenden Impfschutzes gegen Masern oder einer Immunität gegen Masern

zur Vorlage beim Universitätsklinikums Ulm

.....
(Name, Vorname)

.....
(Geburtsdatum)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- verfügt über einen vollständigen Impfschutz gegen Masern
- wurde am gegen Masern geimpft (erste Schutzimpfung)
- wurde am gegen Masern geimpft (zweite Schutzimpfung)
- verfügt über eine ausreichende Immunität gegen Masern
- kann aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen Masern geimpft werden

Bemerkungen:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift und Stempel des beh. Arztes/ der beh. Ärztin)