

**Einverständniserklärung zur Teilnahme an einer
digital gestützten praktischen Prüfung**

Auszubildende/-r: _____

Prüfungstage (Datum): _____

Einverständniserklärung der/des Auszubildenden

Hiermit erkläre ich, Frau / Herr _____, mich einverstanden
an der digital gestützten praktischen Prüfung als Auszubildende/-r teilzunehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Anteil der praktischen Prüfung

☐ auditiv (Tonaufnahme)

☐ visuell (Foto)

☐ audio-visuell (Video)

aufgezeichnet wird. Das Datenmaterial wird mittels _____
aufgezeichnet und

☐ lokal auf einem Speichermedium _____

☐ auf einem zugangsbeschränkten Server

gespeichert, zu der lediglich die Fachprüferinnen und Fachprüfer Zugriff haben. Die oben
genannten personenbezogenen Daten werden so lange gespeichert, wie sie für den Zweck
der praktischen Prüfung benötigt werden. Wenn ich meine Einwilligung widerrufe, werden
die Daten gelöscht.

Diese Erklärung kann ich zu jeder Zeit mündlich oder schriftlich zurücknehmen. Den Wider-
ruf richte ich an folgende Adresse:

Institution: _____

Ansprechpartner/-in: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____