

Sächsisches Staatsministerium  
für Soziales, Gesundheit und Gesellschaftlichen Zusammenhalt  
Geschäftsstelle der Besuchskommissionen  
nach SächsInklG im Referat 43  
Albertstr. 10  
01097 Dresden

Tel.: 0351 / 56458431

besuchskommission@sms.sachsen.de

**Ich habe Interesse daran, ehrenamtlich in der Besuchskommission nach § 14 Sächsisches Inklusionsgesetz mitzuarbeiten.**

**Name, Vorname:** .....

**Kontakt Daten privat**

Anschrift: .....

Telefon-Nummer: .....

E-Mail: .....

**Kontakt Daten dienstlich**

Arbeitgeber: .....

Anschrift: .....

Telefon-Nummer: .....

E-Mail: .....

Über welche Anschrift oder Mailadresse soll der Schriftverkehr erfolgen?

privat

Arbeitgeber

**Hinweis zur Europäischen Datenschutz-Grundverordnung**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten (Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Arbeitgeber) für Ihre Tätigkeit im Rahmen der Besuchskommissionen (Nutzung der Daten durch die Geschäftsstelle der Besuchskommissionen und für die Zusammenarbeit der Mitglieder der Besuchskommissionen untereinander) genutzt werden dürfen.

Ihre hier erhobenen und gespeicherten Daten werden selbstverständlich nach Ablauf Ihrer Berufung wieder gelöscht.

Weitere Informationen unter: <https://www.sms.sachsen.de/datenschutz.html>

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Ergänzende Informationen:**

Welche Wochentage bevorzugen Sie, für Besuche eingeplant zu werden?

Sind Sie mobil, d.h., würden Sie auch Termine wahrnehmen, die etwas weiter von Ihrem Wohn- oder Arbeitsort entfernt sind? Wenn ja, bis zu welcher Entfernung?

Wären Sie bereit, andere Mitglieder im Bedarfsfall auch zu solchen Terminen mitzunehmen?

Gibt es etwas, auf was bei der Besuchsplanung noch besonders geachtet werden sollte (bspw. Häufigkeit)?

Wären Sie bereit, den Tagesvorsitz\* zu übernehmen?

\* bedeutet z.B.: Gesprächsführung, Verfassen eines Besuchsberichtes, ggf. Terminabsprachen

Bitte fügen Sie bei Rücksendung des Formulars ein Passbild für den Besuchsausweis bei.