

## Zustimmungserklärung zum Berufungsverfahren

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, ggf. Institution, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon, Email

Hiermit erkläre ich, dass ich meiner Berufung zum Inklusionsbeirat der Stadt Dillingen/Saar für die Periode 2024 – 2029 zustimme.

Im Inklusionsbeirat werde ich folgende Gruppierung vertreten:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung             | <input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung      |
| <input type="checkbox"/> Hörbehinderung                   | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung               |
| <input type="checkbox"/> Seelische/psychische Behinderung | <input type="checkbox"/> Vertreterin Vereine/Verbände |

Ich wurde darüber informiert, dass meine persönlichen Daten ausschließlich für das Berufungsverfahren verwendet werden. Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht.

Dillingen/Saar, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erklärenden