

# StuPs-Teilnahmebogen für Studenten

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Herkunftsland \_\_\_\_\_ Sprachkenntnisse \_\_\_\_\_

In Deutschland seit \_\_\_\_\_

Studienfach \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die Angaben im Formular für die Zwecke des Programms genutzt werden. Die Daten werden vertraulich behandelt und sind für andere Teilnehmer oder Dritte nicht einsehbar. Die Daten werden nur für die Zwecke des Programms Senior-Student-Partnership genutzt. Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt, jedoch längstens bis zum endgültigen Abschluss des Vorhabens. Bei Verweigerung der Einwilligung kann die Teilnahme nicht erfolgen.

Ich möchte am Projekt Senior-Student- Partnership teilnehmen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_