

# Prüfungsanmeldung

[Auszufüllen durch **Teilnehmer/in**]

Prüfung	Prüfung Ausbildungsstufe I [Wissen] [Fachkraft Betriebliches Gesundheitsmanagement BBGM]  Prüfung Ausbildungsstufe II [Methoden & Anwendung] [Betriebliche/-r Gesundheitsmanager/-in BBGM]		
Ausbildungsinstitution			
Prüfungstermin			
Frau                      Herr			
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Straße:		Nr.	
PLZ:		Ort:	
Telefon:		E-Mail*:	
Studiengang:		Semester:	
Id.-Nr. [vom BBGM auszufüllen]:			

*\*Die Mitteilung des Prüfungsergebnisses erfolgt an die hier angegebene E-Mail-Adresse!*

## Erklärung:

Mir ist bekannt, dass ich bei falschen Angaben sowie bei Täuschungshandlungen von der Prüfung ausgeschlossen oder die Prüfung für nicht bestanden erklärt werden kann.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten vom BBGM e.V. gespeichert und statistisch ausgewertet werden. Die Speicherung der Daten dient u. a. dazu, Zweitschriften für verlorengegangene Zertifikate ausstellen zu können.

## Datenschutzhinweis:

Die Angaben zu Ihrer Person werden elektronisch gespeichert. Ihre personenbezogenen Daten werden streng vertraulich und ausschließlich zum Zwecke der Prüfungsabwicklung verwendet und unter Einhaltung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt. Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben oder für Werbezwecke genutzt.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte reichen Sie das **ausgefüllte und unterzeichnete Formular im Original** bei Ihrer Ausbildungsinstitution ein.