

## **Einverständniserklärung**

(Lehrevaluation: - Absolventenverbleib und Arbeitsmarkt)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Ausschuss für die zahnärztliche Prüfung mich einmal im Jahr kontaktieren darf, um Fragen zu meinem beruflichen Werdegang – im Rahmen der Lehrevaluation „Absolventenverbleib und Arbeitsmarkt“ – auch retrospektiv bezüglich meines Studiums, zu stellen. Außerdem bin ich mit der anonymisierten Auswertung und Publikation der Daten einverstanden. Nur für diese Zwecke gebe ich meine persönlichen Daten bekannt.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Anschrift\*<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

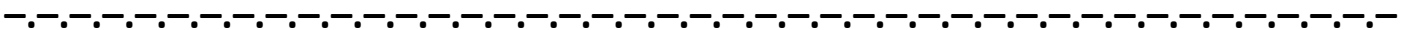
\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

mobil: \_\_\_\_\_

Hannover, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



## **Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich zusätzlich damit einverstanden, dass der Ausschuss für die zahnärztliche Prüfung mich im Allgemeinen per E-Mail kontaktieren darf.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Hannover, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_