

Anlage 3

Veröffentlichung / Einwilligung nach der EU-Datenschutzgrundverordnung

Veröffentlichung

Der Freistaat Sachsen führt unter www.arbeitsschutz.sachsen.de eine „**Liste aller im Freistaat Sachsen für die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung nach der Druckluftverordnung ermächtigten Ärzte**“. Diese Liste ist öffentlich und für jedermann zugänglich.

Sie enthält folgende Daten: Titel, Vorname, Nachname der ermächtigten Ärzte, ihre Einrichtung, Angaben zur postalischen Anschrift dieser Einrichtung, die Telefonnummer der Einrichtung sowie die jeweilige Spezifizierung der Ermächtigung für die Durchführung ärztlicher Untersuchungen nach § 10 DruckLV sowie weiterer ärztlicher Maßnahmen nach § 11 DruckLV bzw. für die Durchführung ärztlicher Untersuchungen nach § 10 DruckLV sowie weiterer ärztlicher Maßnahmen nach § 11 DruckLV und der Aufgaben nach § 12 Abs. 1 DruckLV.

Ist nach Erteilung der Ermächtigung gemäß § 13 Druckluftverordnung (DruckLV) eine Aufnahme in diese Liste gewünscht, bedarf es dazu Ihrer Einwilligung.

Mit Ihrer Einwilligung werden die im Antrag auf Erteilung der Ermächtigung angegebenen Daten zur Person und Einrichtung auch für die Aufnahme in die Liste verwendet und dort veröffentlicht. Eine Verarbeitung dieser Daten zu weiteren Zwecken erfolgt nicht. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung werden eingehalten.

Die Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Die Widerrufserklärung ist per E-Mail an arbeitsschutz@smwa.sachsen.de oder postalisch an das Sächsische Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, Referat 25, Wilhelm-Buck-Str. 2, 01097 Dresden zu richten.

Im Falle eines Widerrufs erfolgt die Streichung aus der Liste.

Der Widerruf hat keine Auswirkungen auf die Ermächtigung nach § 13 DruckLV.

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten zu meiner Person und zur Einrichtung aus dem Antrag auf Ermächtigung nach der DruckLV auch für die Aufnahme in die „Liste aller im Freistaat Sachsen für die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung nach der Druckluftverordnung ermächtigten Ärzte“ verwendet und dort veröffentlicht werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum

Unterschrift/Stempel