



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



HELLENIC REPUBLIC
Ministry of Education and Religious Affairs
General Secretariat for Vocational Education,
Training and Lifelong Learning

Anmeldeschluss 15.09.2020

Bitte füllen Sie das PDF-Formular aus und senden Sie es unterschrieben an greece@ijab.de.

Aufgrund der begrenzten Teilnehmendenzahl garantiert die Einsendung des Anmeldeformulars nicht eine Teilnahme an der Veranstaltung. Die Zusage sowie weitere organisatorische Informationen und Informationen zum Hygienekonzept werden nach Ablauf der Anmeldefrist versendet. Kosten für Unterkunft und Verpflegung werden durch das BMFSFJ übernommen. Reisekosten können den Teilnehmenden aus Deutschland nicht erstattet werden. Reisekosten für Teilnehmende aus Griechenland werden über das Ministerium für Bildung und Religiöse Angelegenheiten der Hellenischen Republik gedeckt.

Deutsch-Griechische Trägerkonferenz Leipzig

12. - 14. Oktober 2020

Verbindliche Anmeldung

Organisation	
Partnerorganisation(en)	
Aktivitäten im deutsch-griechischen Jugendaustausch	

Persönliche Daten:	
Name:	
Vorname:	



Geburtsdatum:	
Wohnort:	PLZ:
Straße:	
E-Mail:	
Mobilnummer:	

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich mit meiner verbindlichen Anmeldung dem zugrundeliegenden Hygienekonzept der Deutsch-Griechischen Trägerkonferenz zur Vorbeugung einer Infektion mit COVID-19 und ihrer Verbreitung zustimme. Ich erkläre mich bereit, den Vorgaben des Veranstalters während der gesamten Veranstaltung Folge zu leisten. Darüber hinaus versichere ich, aktiv die allgemeinen Maßnahmen des Infektionsschutzes, wie Händehygiene, min. 1,5 m Abstand halten, Husten- und Niesetikette, Tragen eines Mund- und Nasenschutzes, einzuhalten und darüber hinaus, enge Interaktion mit den Teilnehmenden zu vermeiden.

Ich versichere, dass ich nur dann meine Anreise antrete und an der Veranstaltung teilnehme, wenn ich zum Zeitpunkt meiner Anreise/Teilnahme und mindestens innerhalb der letzten 14 Tage vor meiner Anreise/Teilnahme

- keine Symptome verspüre, die Anzeichen für eine Infektion mit COVID-19 darstellen (ausgenommen sind Beschwerden, die Sie aus Ihrem alltäglichen Leben kennen, z. B. durch Heuschnupfen, Asthma oder Migräne): Kopf- und Gliederschmerzen, Geruchs- und Geschmacksverlust, Fieber, Husten, Halsschmerzen und Schnupfen nicht positiv auf das Coronavirus getestet wurde
- nicht unter einer behördlich angeordneten Quarantäne stehe
- mich nicht in einem sog. Risikogebiet in Bezug auf die Corona-Neuinfektionsrate aufgehalten habe
- keinen Kontakt zu einem bestätigten Corona-Fall hatte. Sollten während der Veranstaltung derartige Symptome auftreten, werde ich dies dem Veranstalter unverzüglich mitteilen, damit entsprechende Maßnahmen (Isolierung, Kontaktaufnahme zum Arzt, Krankenhaus, Gesundheitsamt etc.) frühzeitig getroffen werden können und das Ansteckungsrisiko minimiert werden kann.



Ich bin damit einverstanden, dass für die Dauer der Veranstaltung meine Kontaktdaten beim zuständigen Gesundheitsamt erfasst und an dieses weitergeleitet werden, damit die Rückverfolgbarkeit einer möglichen Infektionskette gewährleistet ist.

Weitere Angaben

Besondere Hinweise (z. B. Lebensmittelunverträglichkeiten, Allergien, vegetarische/vegane Kost, ...):

Hinweise oder Anmerkungen zum Unterstützungsbedarf (z. B. barrierefreies Zimmer, ...):

Name, Anschrift und Telefonnummer des oder der nächsten Angehörigen zur Benachrichtigung in Notfällen:

Name:

Anschrift:

Tel.:

Fällt Ihnen noch etwas ein, dass wir für Ihre erfolgreiche Teilnahme an der Veranstaltung berücksichtigen sollten?

Fotos und Videos, die während der Veranstaltung aufgenommen werden und auf denen ich abgebildet bin, sowie weiteres Material, das im Rahmen der Veranstaltung unter meiner Beteiligung entstanden ist, dürfen vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, IJAB – Fachstelle für Internationale Jugendarbeit der Bundesrepublik Deutschland e.V. und seinen Partnern bei Veröffentlichungen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit genutzt und weiterverwendet werden (z. B. Berichte, Dokumentationen, Webseiten, usw.).

Ja, ich bin damit einverstanden.

Nein, ich bin nicht damit einverstanden.

Kontaktdaten: Mein Name, E-Mail-Adresse / Telefonnummer sowie Name und Anschrift meiner Organisation dürfen auf der Teilnehmendenliste und in den sonstigen Programmunterlagen für alle Programmbeteiligten sichtbar aufgeführt werden.

Ja, ich bin damit einverstanden.

Nein, ich bin nicht damit einverstanden.



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



HELLENIC REPUBLIC
Ministry of Education and Religious Affairs
General Secretariat for Vocational Education,
Training and Lifelong Learning

Ich stimme zu, dass IJAB die personenbezogenen Daten in der Datenbank von IJAB speichert und die Daten dazu nutzt, um mich über weitere IJAB relevante Veranstaltungen zu informieren.

- Ja, ich bin damit einverstanden.
- Nein, ich bin nicht damit einverstanden.

Datenschutz-Hinweis:

Mir ist bekannt, dass IJAB gemäß § 33 BDSG personenbezogene Daten in der EDV im Rahmen der notwendigen Abwicklung der einzelnen Reise und für interne Zwecke speichert. Dabei werden meine Daten an Programmteilnehmende weitergegeben und im Rahmen der Arbeit und Statistik der Fachstelle elektronisch gespeichert und weiterverarbeitet. Die Privatadresse und sonstige private Angaben werden nicht ausschließlich intern verwendet, sondern für die Dauer der Veranstaltung zusätzlich dem Gesundheitsamt gemeldet und danach gelöscht. Der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten über diese Veranstaltung hinaus kann ich jederzeit per Mail an datenschutz@ijab.de widersprechen.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich zur vollzeitlichen Teilnahme an der Veranstaltung, zur aktiven Mitarbeit im Programm und persönliche Interessen zugunsten der Gruppe zurückzustellen. Andernfalls können mir durch meine Anmeldung anfallende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Sollte ein(e) Teilnehmende(r) die Voraussetzungen für die Teilnahme nicht erfüllen, kann er/sie von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Ggf. entstehende Ausfall- und Rückreisekosten gehen zu Lasten der/des Teilnehmenden.

Ich melde mich hiermit verbindlich zur Deutsch-Griechischen Trägerkonferenz in Leipzig, 12.10. – 14.10.2020, an:

Ort, Datum

Unterschrift