



## Schweigepflichtentbindungserklärung

Die/Der Unterzeichnende

(Schülerin/Schüler bzw. bei noch nicht erreichter Volljährigkeit die/der Erziehungsberechtigte/r)

**Schülerin/Schüler**

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigte/r**

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

entbindet hiermit das Amt für Höhere Bildung, Grabenstrasse 1, 7001 Chur, für die Gültigkeitsdauer von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ von der Schweigepflicht in Sachen Nachteilsausgleich betreffend

**Schülerin/Schüler** (falls nicht identisch mit der/dem Unterzeichnenden)

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

und ermächtigt das Amt für Höhere Bildung gegenüber einer in dieser Sache zuständigen Fachstelle sowie gegenüber der Fachstelle, die das Gutachten erstellt hatte, sämtliche in der Sache erforderlichen Auskünfte einzuholen sowie Einsicht in die Unterlagen zum Nachteilsausgleich (inkl. ärztliche Zeugnisse) zu gewähren.

Die/Der Unterzeichnende bestätigt, über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie deren Konsequenzen informiert worden zu sein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift