

## Einwilligung

in die Verarbeitung personenbezogener Daten im Identity-Management-System der Hochschule Bielefeld.

## Consent

*in the processing of personal data in the Identity Management System of the Hochschule Bielefeld – University of Applied Sciences and Arts (HSBI).*

Erhobene Daten (bitte lesbar ausfüllen) (*data to be collected*):

Name (*surname*): \_\_\_\_\_

Vorname (*first name*): \_\_\_\_\_

Geschlecht (*sex*): \_\_\_\_\_

Straße (*street*): \_\_\_\_\_

PLZ, Ort (*zip, location*): \_\_\_\_\_

Priv. Telefon (*telephone*): \_\_\_\_\_

Geb.-Datum (*date of birth*): \_\_\_\_\_

Geburtsort (*place of birth*): \_\_\_\_\_

Land (*country*): \_\_\_\_\_

Private E-Mail (*private e-mail*): \_\_\_\_\_

HSBI-Kennung bereits vorhanden (*HSBI credentials already exists*).

Ich erteile bis auf Widerruf meine Einwilligung, dass die von mir angegebenen personenbezogenen Daten im Identity-Management-System der Hochschule Bielefeld verarbeitet werden.

Zweck der Datenverarbeitung ist die Erfüllung der hochschulinternen Verwaltungsaufgaben, die es ermöglichen, den Zugang zu IT-Dienstleistungen zu gewähren. Die Daten werden ausschließlich zum oben genannten Zweck verwendet und gelöscht, sobald der Verwendungszweck entfällt.

*(I hereby give my consent that the personal data provided by me will be processed in the Identity Management System of the Hochschule Bielefeld - University of Applied Sciences and Arts (HSBI).*

*The purpose of the data processing is the fulfillment of the internal administration tasks, which make it possible to grant access to IT services. The data will only be used for the purpose mentioned above and will be deleted as soon as the intended purpose is no longer applicable.)*

Datum und Unterschrift d. Antragstellers  
(*Date and signature of the applicant*): \_\_\_\_\_

----- Wird durch die/ den Verantwortliche/n ausgefüllt (Will be completed by responsible) -----

Name der/s Verantwortlichen: \_\_\_\_\_

Zeitraum der Einwilligung: \_\_\_\_\_

Begründung für Gastzugang: \_\_\_\_\_

Sonstige Angaben: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift d. Verantwortlichen: \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Überprüfung der Identität des Antragstellers anhand eines vorgelegten amtlichen Lichtbildausweises.**