

**Einwilligung für Schülerinnen und Schüler
in die Verarbeitung personenbezogener Daten mit dem Videokonferenzwerkzeug Visavid (im Folgenden: „Visavid“) der Städt. Berufsschule für Zahnmedizinische Fachangestellte im Rahmen der freiwilligen Nutzung**

Hinweis:

Diese Einwilligung gilt für die freiwillige Nutzung von Visavid.

Für die erforderliche Nutzung zu schulischen Zwecken, insbesondere zur Durchführung von Distanzunterricht nach § 19 BaySchO, bedarf der Einsatz zulässiger digitaler Kommunikations- und Kollaborationswerkzeuge wie Visavid keiner Einwilligung (§ 19 Abs. 4 BaySchO i.V.m. Art. 85 Abs. 1 BayEUG; Anlage 2 zu § 46 BaySchO).

[Name, Vorname, Geburtsdatum und Klasse der Schülerin bzw. des Schülers]

Hiermit willige/n ich/wir in die Verarbeitung von personenbezogenen Daten der oben bezeichneten Person bei der Nutzung von Visavid durch die Schule und deren Auftragnehmerin Auctores GmbH ein. Die Informationen zur Datenverarbeitung habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen. Diese sind auf der Schulhomepage unter Schulorganisation/Download von Formularen einsehbar. Die Nutzung von Visavid im Rahmen der freiwilligen Nutzung erfolgt insbesondere zu Zwecken der Ergänzung der pädagogischen Arbeit durch virtuelle Klassenräume oder dem ortsunabhängigen Arbeiten mit digitalen Unterrichtswerkzeugen beispielsweise Gruppen- oder Projektarbeit außerhalb des Distanzunterrichtes.

Diese Einwilligung in die Datenverarbeitung kann jederzeit bei der Schule durch eine E-Mail an die Adresse bs-zahnmedizin@muenchen.de widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Die Einwilligung ist **freiwillig** und gilt für die freiwillige Nutzung von Visavid, d.h. soweit die Nutzung von Visavid nicht im Rahmen des Distanzunterrichtes gemäß Art. 19 Abs. 4 BaySchO oder einer anderen verpflichtenden Nutzung erfolgt

Sollten Sie einer Nutzung von Visavid für die oben benannten Zwecke zustimmen, lassen Sie diese Einverständniserklärung der Schule bitte so bald wie möglich auf dem in den Eltern- und Schülerinformationen angegebenen Weg zukommen.

[Ort, Datum]

[Bei Minderjährigen: stets Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten; Bei Volljährigen: allein Unterschrift des/der Volljährigen]

und

[Bei Minderjährigen ab dem 14. Geburtstag: zusätzlich zur Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten Unterschrift des/der Minderjährigen]

Zustimmung
zu den Nutzungsbedingungen der Städt. Berufsschule für Zahnmedizinische
Fachangestellte zum Videokonferenzwerkzeug Visavid

[Name, Vorname, Geburtsdatum und Klasse der Schülerin bzw. des Schülers]

Ich/Wir stimme/n hiermit den Nutzungsbedingungen zur Nutzung von Visavid (siehe Anlage) zu.

[Ort, Datum]

und

[Bei Minderjährigen: stets Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten; Bei Volljährigen: allein Unterschrift des/der Volljährigen]

[Bei Minderjährigen ab dem 14. Geburtstag: zusätzlich zur Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten Unterschrift des/der Minderjährigen]