



# Verpflichtungserklärung

## zur freiwilligen Mitwirkung im Katastrophenschutz

### Ich verpflichte mich

gegenüber dem Landkreis Hildburghausen

- Untere Katastrophenschutzbehörde –

### freiwillig auf unbestimmte Zeit zum Dienst im Katastrophenschutz gemäß § 29 Abs. 1 ThürBKG

In der von mir abgebenden Erklärung zum Dienst im Katastrophenschutz verpflichte ich mich, an allen angeordneten Ausbildungen, Übungen und sonstigen dienstlichen Veranstaltungen teilzunehmen.

Art und Umfang der angeordneten Veranstaltungen werden von der Hilfsorganisation bzw. der Einheit festgelegt. Das unentschuldigte Fernbleiben an angeordneten Veranstaltungen ist ein Verstoß gegen die Verpflichtungserklärung und kann eine Rücknahme der durch die Untere Katastrophenschutzbehörde erlassene Zustimmung zum Dienst im Katastrophenschutz nach sich ziehen.

Ich wurde über die Aufgaben des Zivil- und Katastrophenschutzes nach dem Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz - ZSKG) und den landesrechtlichen Vorschriften zum Katastrophenschutz sowie über meine Rechte und Pflichten als freiwilliger Helfer unterrichtet.

- Ich bin bereit bei Erfordernis Führungsfunktionen innerhalb der Einheit zu übernehmen, sowie an erforderlichen Lehrgängen auf Landes- und Bundesebene teilzunehmen.

Ich bin bei Erfordernis mit einer ärztlichen Untersuchung einverstanden. Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verpflichtenden

<b>Wird durch die Untere Katastrophenschutzbehörde ausgefüllt</b>	
Der Verpflichtung wurde zugestimmt:	<u>Ja</u> / <u>Nein</u>
Geschäftszeiten:	
Dezernat III-32/2-	.....
Datum und Unterschrift des Mitarbeiters	



## Personalakte

<b>Name / Vorname</b>							
Straße		Geburtsname					
PLZ		Familienstand					
Wohnort		Kinder					
Festnetz							
Handy							
E-Mail							
		Ablaufdatum					
Geburtsdatum							
Geburtsort						<b><u>Kontakt nächster Angehöriger</u></b>	
Krankenkasse						Name, Vorname	
Blutgruppe						Anschrift	
Sehhilfe						Telefonnummer 1	
						Telefonnummer 2	
						Bindung / Wer	

Allergien					
Besonderer Impfschutz					
<b><u>Beruf/Arbeitgeber</u></b>					
Beruf					
Firma				E-Mail	
PLZ / Ort				Telefon	
Straße					
Bemerkungen:					

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Helfer im KatS

