

## Vollmacht und Schweigepflichtenentbindung

Hiermit bevollmächtige ich / wir

\_\_\_\_\_

geboren am:

\_\_\_\_\_

wohnhaft in:

\_\_\_\_\_

die Mitarbeiter des

**Verband Deutscher Sinti und Roma -  
Landesverband Baden Württemberg  
B 7, 16, 68159 Mannheim**

Zur Vertretung meiner / unserer sozialen und bürgerrechtlichen Angelegenheiten. Dieses bezieht die Schweigepflichtenentbindung in Verbindung mit der Weitergabe umfassender strafrechtlicher und strafvollzugsrechtlicher Angelegenheiten und Daten mit ein.

Der Landesverband Baden-Württemberg ist weiterhin berechtigt, Untervollmachten zur Durchsetzung meiner Interessen zu erteilen.

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift