

**Zustimmungserklärung**

**Peer Review am: ...**

Hiermit erkläre ich mich mit dem Peer Review ÖGD am ..... im Gesundheitsamt .....,  
Geschäftsbereich....., Abteilung.....einverstanden.

Ort, Datum .....

<b>Verantwortliche</b>	<b>Name</b>	<b>Unterschrift</b>
<b>Amtsleitung</b> Gesundheitsamt.....	.....	.....
<b>Unmittelbarer Vorgesetzter</b>	.....	.....
<b>ggf. Personalrat</b>	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....