

## EINSATZBESTÄTIGUNG

ARABISCH

### Klient

. لسيده/ السي:	تاريخ الولادة العنــــــــوان:
-------------------	-----------------------------------

أقر بموافقتي أثناء المحادثة التالية بسبب نقص معرفتي باللغة على حضور مترجم متطوع / مترجمة متطوعة من طرف محافظة رويتلنغن.

أنا على وعي بأنه ليس لي أية حقوق في الرجوع على المترجم المتطوع / المترجمة المتطوعة بسبب تأدية عمله/ عملها التطوعي.

المترجم المتطوع/ المترجمة المتطوعة يخضع لواجب الكتمان.

التاريخ	التوقيع
---------	---------

### Institution/Einrichtung

Herr/Frau	(Name Dolmetscher /Dolmetscherin)
-----------	-----------------------------------

übernimmt für nachstehende Institution die ehrenamtliche Tätigkeit als Dolmetscher/in.

Name der Institution	
Anschrift	
Kontaktperson/Auftraggeber	
Telefon	E-Mail

**Der o.g. Dolmetschende unterliegt der Schweigepflicht.**

**Für diesen Einsatz stellen wir den Dolmetschenden in jeglicher Haftung frei.**

**Merkblatt für Institutionen (Rahmen) wird beachtet.**

Ort, Datum	
Unterschrift Institution (ggf. Stempel)	Unterschrift Dolmetscher/Dolmetscherin

**Diese Seite bitte zurücksenden an:**

Landratsamt Reutlingen, Amt für Migration und Integration, Dolmetscherpool, Haydnstraße 5-7,  
72766 Reutlingen oder [dolmetscherpool@kreis-reutlingen.de](mailto:dolmetscherpool@kreis-reutlingen.de)