

Formulario Registrazione HZ ARBES

Dati personali	☐ interno (centro residenziale / gruppo abitativo esterno) ☐ esterno		
Titolo	☐ Sig. ☐ Sig.ra		
Cognome			
Nome			
Indirizzo			
Luogo di residenza legale NPA Luogo			
Telefono	Fisso	Mobile	E-Mail
Data di nascita			
Luogo / Cantone d'origine			
Nazione d'origine			
Permesso di soggiorno			
Permesso valido fino			
Domicilio fiscale			
Stato civile	Si prega di selezionare		
Nr. di assicurazione sociale (AVS)			

Dati relativi la mansione	
Entrata in carica	
Numero del caso	
Ambito	Si prega di selezionare
Referente ARBES	
Referente centro residenziale	

Grado di occupazione (min. 2 ore per mezza giornata)		
	Mattino	Pomeriggio
Lunedì	ore	ore
Martedì	ore	ore
Mercoledì	ore	ore
Giovedì	ore	ore
Venerdì	ore	ore
Occupazione in %*		

Rendita AI	
Grado	☐ Iscrizione ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 3/4 ☐ 1/1

Assegno per grande invalido	
Grado	Si prega di selezionare

Curatore		
	☐ Curatela generale	☐ Curatela di rappresentanza
	☐ Curatela di cooperazione	☐ Amministrazione di sostegno
Cognome / Nome		
Indirizzo		
NPA Luogo		E-Mail
Telefono	Fisso	Mobile

Familiare	
	☐ Coniuge ☐ Genitore ☐ Fratello/Sorella ☐ Altro:
Cognome / Nome	
Indirizzo	
NPA / Luogo	
Telefono	

☐ Psichiatra ☐ Medico di famiglia	
Cognome / Nome	
Indirizzo	
NPA / Luogo	
Telefono	

Conto stipendio ☐ Conto bancario ☐ Conto postale	
Titolare del conto	
Banca / Filiale	
IBAN	
Documenti paga	☐ cliente ☐ curatore ☐ ambedue

Confermo di aver compilato in modo completo e veritiero tutti i dati	
Data	
Nome / Firma	Dipendente:
	Rappresentante legale:

Elenco dei documenti da allegare necessariamente	
☐	Copia della decisione AI o conferma della richiesta di AI
☐	Copia della decisione sul grado di grande invalidità (se esistente)
☐	Copia CI o passaporto (per tutte le richieste)
☐	Copia del permesso di soggiorno (per tutti gli impiegati stranieri)
☐	Copia dell'esonero dall'obbligo del segreto professionale
☐	Copia dell'estratto dall'atto di nomina (se esistente)

*compilato a cura della segreteria ARBES

Si prega di trasmettere il documento con i relativi allegati per e-mail alla segreteria ARBES. Grazie.

Solo per entrate esterne/clienti

Esonero dall'obbligo di riservatezza

La legge sulla protezione dei dati personali prescrive un trattamento accurato dei dati personali. I fornitori di servizi possono quindi ottenere informazioni orali o scritte da terzi coinvolti solo con il consenso della persona assicurata o del suo rappresentante legale per un'assistenza relativa all'incarico e per l'elaborazione amministrativa dei dossier dei clienti.

Il firmatario esonera dall'obbligo di riservatezza i collaboratori dei Servizi psichiatrici dei Grigioni, che sono direttamente coinvolti nell'assistenza relativa all'incarico (art. 320, art. 321 del CP) e li autorizza ad ottenere o a fornire informazioni orali o scritte nei confronti di:

medici / psicoterapeuti,
ospedali, cliniche, centri
abitativi, gruppi abitativi in
Svizzera

Scambio informazioni per un'assistenza competente, mirata e orientata al cliente

Uffici, autorità
e assicurazioni

Per la necessaria amministrazione in relazione al mandato di assistenza

Polizia / servizi di emergenza

L'obbligo generale di fornire informazioni
Casi di emergenza

Altri/Appartenenti alla famiglia
(da menzionare per nome)

La presente dichiarazione di esonero scade automaticamente un mese dopo la cessazione del rapporto di lavoro.

Nome / Cognome

Data di nascita

Luogo/Data

Firma autografa

Firma del rappresentante autorizzato