

ARBES Registrazione

Dati personali			
<input type="checkbox"/> interno (centro residenziale / gruppo abitativo esterno) <input type="checkbox"/> esterno			
Titolo	<input type="checkbox"/> Sig. <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Iscrizione <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 3/4 <input type="checkbox"/> 1/1

Assegno per grande invalido	
Grado	Si prega di selezionare

Curatore		
	<input type="checkbox"/> Curatela generale	<input type="checkbox"/> Curatela di rappresentanza
	<input type="checkbox"/> Curatela di cooperazione	<input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno
Cognome / Nome		
Indirizzo		
NPA Luogo		
Telefono	Fisso	Mobile

Familiare	
	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Altro:
Cognome / Nome	
Indirizzo	
NPA / Luogo	
Telefono	

<input type="checkbox"/> Psichiatra <input type="checkbox"/> Medico di famiglia	
Cognome / Nome	
Indirizzo	
NPA / Luogo	
Telefono	

Conto stipendio <input type="checkbox"/> Conto bancario <input type="checkbox"/> Conto postale	
Titolare del conto	
Banca / Filiale	
IBAN	
Documenti paga	<input type="checkbox"/> cliente <input type="checkbox"/> curatore <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/>	Copia della decisione AI o conferma della richiesta di AI
<input type="checkbox"/>	Copia della decisione sul grado di grande invalidità (se esistente)
<input type="checkbox"/>	Copia CI o passaporto (per tutte le richieste)
<input type="checkbox"/>	Copia del permesso di soggiorno (per tutti gli impiegati stranieri)
<input type="checkbox"/>	Copia dell' esonero dall'obbligo del segreto professionale
<input type="checkbox"/>	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