

Alla commissione sanitaria per l'accertamento dell'invalidità civile dell'Azienda Sanitaria di Bolzano
Servizio di Medicina Legale
Via Amba Alagi 33 - 39100 BOLZANO
Tel. 0417 909280-82-97 Fax 0471 909281

An die Kommission für die Anerkennung der Zivilinvalidität des Sanitätsbetriebes Bozen
Rechtsmedizinischer Dienst
Amba-Alagi-Str. 33 - 39100 BOZEN
Tel. 0471 909280-82-97 Fax 0471 909281

DOMANDA PER L'ACCERTAMENTO DEI REQUISITI SANITARI FINALIZZATI AL COLLOCAMENTO LAVORATIVO MIRATO PREVISTO PER I DISABILI ai sensi della L. 12.03.1999, n. 68 e successive modifiche

ANSUCHEN ZUR FESTSTELLUNG DER SANITÄREN VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE GEZIELTE ARBEITSEINGLIEDERUNG im Sinne des G. vom 12.03.1999, Nr. 68 in geltender Fassung

Il/La sottoscritto/a
nato/a il
a (Prov.)
cod. fisc.

Der/Die unterfertigte
geboren am
in (Prov.)
Steuernr.

dichiara di essere

erklärt

di cittadinanza
e residente a
via/piazza tel.
domiciliato/a c/o
via/piazza
e di essere stato riconosciuto invalido civile in data
con la seguente percentuale

..... Staatsbürger und in
..... Str./Platz
ansässig zu sein; (zur Zeit wohnhaft in
....., Str./Platz
..... Tel)
und am als Zivilinvalide mit folgendem
Prozentsatz anerkannt worden zu sein

e chiede

und ersucht

di essere sottoposto/a ad accertamento sanitario da parte della competente commissione medica finalizzato al collocamento lavorativo mirato previsto per i disabili, prestando il proprio consenso espresso alla acquisizione diretta dei dati riguardanti il suo stato di salute presso gli operatori del servizio sanitario e al loro trattamento.

um Feststellung der sanitären Voraussetzungen für die für Menschen mit Behinderung vorgesehene gezielte Arbeitseingliederung durch die diesbezügliche Ärztekommision und gibt seine ausdrückliche Einwilligung zur Erhebung/Verarbeitung von Daten betreffend seines Gesundheitszustandes durch die Mitarbeiter des Sanitätsdienstes.

Firma per accettazione

Unterschrift zur Einwilligung

La richiesta di cui sopra è motivata da:

Das obige Ansuchen ist folgendermaßen begründet:

aggravamento della patologia

Verschlechterung des Krankheitsbildes

modifica delle condizioni lavorative

Änderung der Arbeitsbedingungen

Si fa presente che possono essere eseguiti controlli sulla veridicità delle dichiarazioni fornite e che ai sensi del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 sono previste sanzioni penali a carico di coloro che rilasciano dichiarazioni o autocertificazioni non rispondenti al vero.

Man macht darauf aufmerksam, dass Kontrollen bezüglich der gelieferten Erklärungen durchgeführt werden können und laut D.P.R. vom 28.12.2000 Nr. 445 strafrechtliche Sanktionen für falsch abgelegte Selbstbescheinigungen bzw. Erklärungen vorgesehen sind.

Nel caso di trasmissione per posta, per fax o tramite terzi è necessario allegare fotocopia di un valido documento di identità (parte interna).

Bei Übermittlung mit der Post, mit Fax oder durch dritte Personen ist es notwendig, eine Ablichtung des gültigen Personalausweises beizulegen (Innenseite).

INFORMATIVA AI SENSI DELLA LEGGE n. 675 DEL 31.12.1996.

Ai sensi dell'art. 10 della L. 31.12.1996 n. 675 (tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) il sottoscritto dichiara di essere stato posto a conoscenza che i dati personali da lui inseriti nella domanda vengono raccolti e trattati dall'Azienda Sanitaria di Bolzano per l'espletamento delle pratiche relative al riconoscimento dell'invalidità civile; tali dati assieme a quelli della diagnosi e del grado di minorazione riscontrata vengono inseriti per via informatica nell'archivio degli invalidi civili della Provincia di Bolzano e trasmessi all'Ufficio del Lavoro; vengono inoltre trasmessi privi della diagnosi e del grado di minorazione riscontrata ad altri enti con finalità pubblica. Il rifiuto di fornire i dati richiesti non consente di dar corso alla domanda presentata. I dati personali verranno trattati mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. Il titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di Bolzano con sede a Bolzano in via Lorenz Böhler 5. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato posto a conoscenza che può chiedere, in ogni momento, quali sono i suoi dati personali conservati e come essi vengano utilizzati; può anche esercitare il diritto di correggerli, aggiornarli e di ottenere senza ritardo la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, come pure di esercitare gli ulteriori diritti previsti dall'art. 13 della Legge n. 675/96.

AUFKLÄRUNG IM SINNE DES GESETZES Nr. 675 VOM 31.12.1996.

Im Sinne des Art. 10 des Gesetzes Nr. 675 vom 31.12.1996 (Schutz der Personen und anderer Rechtsträger bei der Verarbeitung personenbezogener Daten) erklärt der Unterfertigte darüber in Kenntnis gesetzt worden zu sein, daß die im Ansuchen angegebenen personenbezogenen Daten vom Sanitätsbetrieb Bozen zur Ausarbeitung der Akten bezüglich Anerkennung der Zivilinvalidität und der sich ergebenden Begünstigten gesammelt und verarbeitet werden; weiters daß die obgenannten Daten, sowie jene welche die Diagnose und den Invaliditätsgrad beinhalten, an das Zentralarchiv der Zivilinvaliden der Provinz Bozen und das Arbeitsamt übermittelt werden. Öffentliche Einrichtungen erhalten die Daten ohne Hinweis auf die Diagnose und den Invaliditätsgrad. Die Verweigerung der Angabe der gefragten Daten verhindert die weitere Behandlung des Ansuchens. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten wird mit Rücksicht auf die Datensicherheit und Geheimhaltung erfolgen. Der Inhaber bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist der Generaldirektor des Sanitätsbetriebes Bozen mit Sitz in der Lorenz-Böhler-Str. 5 (BZ). Der Unterfertigte erklärt darüber informiert worden zu sein, wo die Daten über seine Person aufbewahrt und wie dieselben verwendet werden; er kann auch das Recht ausüben die personenbezogenen Daten richtigzustellen, zu ajournieren und verlangen, daß die widerrechtlich verarbeiteten Daten unverzüglich gelöscht, anonymisiert oder gesperrt werden, sowie die im Art. 13 des Gesetzes Nr. 675/96 angeführten Rechte in Anspruch nehmen.

luogo e data

Ort und Datum

firma del/la richiedente maggiorenne

Unterschrift des/der volljährigen Antragstellers/in

**DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 4
DEL D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto,
nato il a
residente a
in Via,

dichiara

nella sua qualità di
 coniuge
 figlio/a (se il coniuge è assente)
 parente entro il 3 grado (nel caso di assenza del co-
niuge e mancanza dei figli)

che il Sig/la Sig.ra
nato/a il a
residente a
in Via

presenta una situazione di impedimento temporaneo,
connesso al suo stato di salute, tale per cui la medesima
persona non sa o non può sottoscrivere la domanda e le
dichiarazioni in essa contenute.

Il sottoscritto dà atto di essere a conoscenza che il rila-
scio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice
penale e delle leggi speciali in materia.

FIRMA

Data

**ERKLÄRUNG IM SINNE DES ART. 4 DES
D.P.R. NR. 445/2000**

Der/Die Unterfertigte,
geb. am in
Wohnhaft in
Adresse

erklärt

in seiner Eigenschaft als
 Ehepartner
 Sohn/Tochter (in Abwesenheit des Ehepartners)
 Blutsverwandter/e innerhalb III Grades (in Abwesen-
heit des Ehepartners und bei Fehlen von Kindern) dass

Herr /Frau
geb. am in
wohnhaft in
Adresse

aus Gesundheitsgründen zeitweilig das Ansuchen und
alle darin enthaltenen Erklärungen nicht imstande ist, zu
unterschreiben.

Der/Die Unterfertigte erklärt darüber in Kenntnis zu sein,
dass die Abgabe von falsche Erklärungen im Sinne des
Strafgesetzbuches und der diesbezüglichen Sonderge-
setze bestraft wird.

UNTERSCHRIFT

Datum

ATTESTAZIONE

Il pubblico ufficiale

previo accertamento dell'identità del dichiarante attesta
che
 l'interessato/a stesso/a

la persona sopra indicata
ha a lui reso la dichiarazione che l'interessato si trova
in situazione di non saper o poter firmare il presente
atto.

Timbro dell'Ufficio e firma del Pubblico Ufficiale

BESTÄTIGUNG

Die Amtsperson

bestätigt nach Feststellung der Identität des Erklären-
den, dass
 der/die Betroffene selbst

die oben angeführte Person
ihm/ihr erklärt hat, dass der/die Betroffene nicht in der
Lage ist, vorliegenden Akt zu unterschreiben.

Stempel des Amtes und Unterschrift der Amtsperson