



Amt für Migration und Zivilrecht Graubünden
Uffizi da migraziun e da dretg civil dal Grischun
Ufficio della migrazione e del diritto civile dei Grigioni

Schweigepflichtsentbindung

Name / Vorname

ZAR / ZEMIS

AHV-Nummer

Zuständige Arbeitslosenkasse

Datum des letzten Arbeitstages

Ich entbinde hiermit die Arbeitslosenkasse, das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum, die Einwohnerkontrolle, das Sozialamt sowie bei einer krankheits-/unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit meinen Arzt, die IV, die SUVA, die Krankenkasse sowie allfällige Versicherungsträger von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie hiermit, dem Amt für Migration und Zivilrecht Graubünden über meine Person Auskunft zu erteilen.

Datum

Unterschrift