



Dispensa del segreto professionale

Cognome / nome

RCS / SIMIC

Numero AVS

Cassa disoccupazione competente

Data dell'ultimo giorno lavorativo

Con la presente dispenso la Cassa di disoccupazione, l'Ufficio regionale di collocamento (URC), il controllo abitanti, l'Ufficio sociale e in caso di malattia e/o infortunio il mio medico, l'Assicurazione per l'invalidità AI, la SUVA, la cassa malati ed eventuali assicuratori del loro obbligo del segreto e li autorizzo di dare informazioni sulla mia persona all'Ufficio della migrazione e del diritto civile dei Grigioni.

Data

Firma