



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