



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

Schweigeplichtsentbindung

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 Schweigeplicht und ermächtige sie hiermit, dem Amt für Migration und Zivilrecht Graubünden über meine Person Auskunft zu erteilen.

Datum

Unterschrift