

**Ansuchen um Ausstellung der Erklärung über
die Kranken bzw. Mutterschaftszeiten**

**Domanda di rilascio della dichiarazione dei
periodi di malattia e/o maternità**

Der/die unterfertigte / il/la sottoscritto/a
geboren am /nato/a il
wohnhaft in / residente a
Straße / via
Tel.-Nr. / n. tel.
.....
(Zertifizierte E-Mail Adresse PEC Indirizzo di posta elettronica certificata)

ersucht, um Ausstellung der Erklärung über die
Kranken bzw. Mutterschaftszeiten und um
Zusendung derselben an folgende Adresse

chiede il rilascio della dichiarazione per i periodi
di malattia e/o maternità e di inviare la stessa al
seguente indirizzo:

.....
.....
.....

.....
(Datum / data)

.....
(Unterschrift / firma)

Das vorliegende Ansuchen kann auch mit der Post, per Fax oder
mittels Dritten zusammen mit einer nicht beglaubigten Fotokopie eines
gültigen Erkennungsausweises des Erklämers eingereicht werden.

La presente domanda può essere presentata anche per posta, per fax
o tramite terzi assieme ad una copia fotostatica non autenticata di un
documento di riconoscimento valido del/la dichiarante.

.....
Abteilung Leistungen und Territorium
Romstraße 5 | 39042 Brixen
Tel. 0472 813 640 – Fax 0472 813 649
<http://www.sabes.it> | verw.sprengel@sb-brixen.it
Öffnungszeiten: Mo 8-12 Uhr, Di-Mi 9-12 Uhr, Do 10-18 Uhr, Fr 8-11 Uhr
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
Str.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

.....
Ripartizione prestazioni e territorio
via Roma 5 | 39042 Bressanone
Tel. 0472 813 640 – Fax 0472 813 649
<http://www.asdaa.it> | iamm.distretto@as-bressanone.it
Orario di apertura: lu 8-12, ma-me 9-12, gi 10-18, ve 8-11
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211