

**Ansuchen um Ausstellung einer Kopie des Befundes für die Anerkennung der Zivilinvalidität oder der Behinderung**

**Domanda di rilascio di una copia del verbale di accertamento dell'invalidità civile o dell' handicap**

Der/die Unterfertigte / il/la sottoscritto/a .....  
 geboren am / nato/a il .....  
 ansässig in / residente a ..... Str./via .....

Tel.-Nr. / n. tel. ....

Zertifizierte E-mail Adresse / indirizzo posta elettronica certificata .....

ersucht um Ausstellung einer (zutreffendes ankreuzen) .....  
 chiede il rilascio di (barrare la casella corrispondente)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> beglaubigten Kopie des Befundes für die Anerkennung der Zivilinvalidität<br>(Stempelmarke zu Euro 16,00 wird beigefügt)                | <input type="checkbox"/> una copia autenticata del verbale di accertamento d'invalidità civile<br>(allega marca da bollo Euro 16,00)          |
| <input type="checkbox"/> einer beglaubigten Kopie des Befundes für die Anerkennung der Behinderung / Ges. 104/92<br>(Stempelmarke zu Euro 16,00 wird beigefügt) | <input type="checkbox"/> una copia autenticata del verbale di accertamento dell'handicap / legge 104/92<br>(allega marca da bollo Euro 16,00) |
| <input type="checkbox"/> Kopie des Befundes für die Anerkennung der Zivilinvalidität  | <input type="checkbox"/> una copia del verbale di accertamento dell'invalidità civile   |
| <input type="checkbox"/> Kopie des Befundes für die Anerkennung der Behinderung / Ges. 104/92   | <input type="checkbox"/> una copia del verbale di accertamento dell' handicap / legge 104/92  |

aus folgendem Grund: .....  
 per il seguente motivo

Erkennungsausweis ausgestellt von .....  
 Documento di riconoscimento rilasciato da

(Behörde angeben - indicare l'autorità)

(Ausstellungsdatum - data emissione)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> und um Übermittlung mit der Post (Einschreiben) an folgende Anschrift: | <input type="checkbox"/> e l'invio per posta (raccomandata) al seguente indirizzo: |
|---|--|

Achtung: die Gebühren für die Zustellung der Unterlagen gehen zu Lasten des/der Empfängers/Empfängerin

Attenzione: le spese per il recapito della documentazione sono a carico del destinatario

<b>Der/die Unterfertigte beauftragt</b>	<b>Il / la sottoscritto/a incarica</b>
Herr/Frau / sig./sig.ra .....	geb.am / nato/a il .....
in / a .....	ansässig in / residente a .....
<b>den Befund der Ärztekommision abzuholen</b>	<b>di ritirare il verbale della visita collegiale</b>

**Aufklärung im Sinne des Legislativdekretes vom 30.Juni 2003, Nr. 196 (Kodex bezüglich den Schutz der personenbezogenen Daten).** Die personenbezogenen Daten werden manuell und in digitaler Form ausschließlich für die Erfordernisse, die mit Abwicklung des vorliegenden Antrages zusammenhängen, verarbeitet. Die Weigerung die Daten zur Verfügung zu stellen bewirkt, dass der Antrag nicht behandelt werden kann. Die Übermittlung der Daten an öffentliche Körperschaften wird nur in den vom Gesetz oder von Verordnungen vorgesehenen Fällen bzw. für die Ausübung institutioneller Aufgaben vorgenommen. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist der/die Primar/in des Betrieblichen Dienstes für Rechtsmedizin. Inhaber der Datenverarbeitung ist der Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen. Den Betroffenen stehen die vom Art. 7 des Legislativdekretes vom 30.Juni 2003, Nr. 196 vorgesehenen Rechte zu, d.h. sie können sich zu ihren Daten Zugang verschaffen, um deren Korrektur oder Ergänzung, und – sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen – deren Löschung oder Sperrung verlangen.

**Informativa ai sensi del Decreto Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (codice in materia di protezione dei dati personali).** I dati personali vengono trattati manualmente e in forma digitale esclusivamente per le finalità connesse con l'espletamento della presente domanda. Il rifiuto di mettere a disposizione i dati comporta l'impossibilità di evadere la domanda. La comunicazione a enti pubblici avviene soltanto nei casi previsti dalla legge o da regolamenti nonché per lo svolgimento di compiti istituzionali. Responsabile del trattamento dei dati è il/la primario/a del Servizio Aziendale di Medicina Legale. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano. Agli interessati competono i diritti previsti dall'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e quindi potranno accedere ai loro dati chiedendone la correzione, l'integrazione e – ricorrendone gli estremi di legge – la cancellazione o il blocco.

(Datum / data)

(Unterschrift / firma)