

**Ansuchen um Anerkennung/Feststellung der Zivilinvalidität und/oder der Behinderung und/oder der gezielten Arbeitseingliederung und/oder Blindheit und/oder Taubheit**

Der/die unterfertigte .....  
(Nachname) (Vorname)

Geschlecht  m  w geb. am ..... in ..... Prov. ....

Steuernummer ..... Tel./Mobil .....

**e r s u c h t**

um Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen (mit entsprechender Anerkennung der finanziellen Leistungen)

des eigenen Zustandes als

- Zivilinvalide/Zivilinvalidin** im Sinne des Landesgesetzes Nr. 46\* vom 21. August 1978
- Zivilblinder/Zivilblinde** im Sinne des Landesgesetzes Nr. 46\* vom 21. August 1978
- Ziviltauber/Ziviltaube** im Sinne des Landesgesetzes Nr. 46\* vom 21. August 1978  
Achtung: das Feld nur ankreuzen wenn die Taubheit seit der Geburt besteht oder vor dem 12. Lebensjahr eingetroffen ist, anderenfalls das Feld Zivilinvalide ankreuzen.
- Person mit Behinderung (auch Begünstigungen für die Arbeit)** im Sinne des Gesetzes Nr. 104\* vom 5. Februar 1992

und ersucht gleichzeitig um Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die

- Ausstellung des Parkausweises für Behinderte**  
im Sinne des Gesetzesdekretes Nr. 5 vom 9. Februar 2012, umgewandelt mit Änderungen in Gesetz Nr. 35 vom 4. April 2012
- steuerrechtlichen Begünstigungen der Fahrzeuge behinderter Personen**  
im Sinne des Gesetzesdekretes Nr. 5 vom 9. Februar 2012, umgewandelt mit Änderungen in Gesetz Nr. 35 vom 4. April 2012

- gezielte Arbeitseingliederung** (vom 15. bis 65. Lebensjahr)  
im Sinne des Gesetzes Nr. 68\* vom 12. März 1999

**und erklärt**

gemäß den Bestimmungen der Artikel 46 und 47 des Dekretes des Präsidenten der Republik Nr. 445 vom 28. Dezember 2000, indem er/sie die zutreffenden Kästchen ankreuzt und im Bewusstsein, dass er/sie im Falle von unwahren Erklärungen den vorgesehenen Strafmaßnahmen unterliegt, sowie der Anspruch auf die bereits genossenen Begünstigungen verfällt, so wie dies von den Bestimmungen der Artikel 76 und 75 obgenannten Dekretes vorgesehen ist:

dass die Behinderungen, für welche um Anerkennung der Zivilinvalidität angesucht wird, **nicht auf Kriegs- Arbeitsunfall oder auf Dienstleistung zurückzuführen sind**

**und**

- italienischer/italienische Staatsbürger/in
- Eu-Bürger/in
- ausländischer/ausländische Staatsbürger/in zu sein,

- meldeamtlicher Wohnsitz in der Provinz Bozen:

Gemeinde..... PLZ ..... Str. .... Nr. ....

Provinz .....  
(Zertifizierte E-mail Adresse PEC)

**Nur ausfüllen, wenn anders als Wohnsitz:**

- zur Zeit Domizil in:

Gemeinde ..... PLZ ..... Str. .... Nr. ....

Provinz .....  
(Zertifizierte E-mail Adresse PEC)

**Wird um Anerkennung der Zivilinvalidität und/oder Blindheit und/oder Taubheit angesucht, besteht die Möglichkeit folgenden Punkt anzukreuzen:**

- ersuche um Ausstellung des Ausweises für Personen mit Zivilinvalidität (über 45%) und **erkläre** die Informationserklärung über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten, die aufgrund des Legislativdekretes Nr. 196 vom 30 Juni 2003 "Kodex für den Schutz der personenbezogenen Daten" abgegeben wurde aufmerksam gelesen und verstanden zu haben und **erteile die Zustimmung** für die Verwendung der personenbezogenen Daten zum Zweck der Ausstellung des Ausweises für Personen mit Zivilinvalidität.

- Er/sie delegiert das Patronat .....Sitz .....bei welchem er/sie (im Sinne des Art. 47 des Zivilgesetzbuches) das Domizil wählt, sich für dieses Ansuchen gegenüber dem Gesundheitsbezirk Brixen kostenlos vertreten und beistehen zu lassen.

Aufklärung im Sinne des Kodex zum Schutz der personenbezogenen Daten (Legislativdekret 30. Juni 2003, n. 196)  
Inhaber der Daten ist der Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen. Die angegebenen Daten werden vom Sanitätsbetrieb auch in elektronischer Form verarbeitet für die Anwendung des Landesgesetzes Nr. 46 vom 21. August 1978, der Gesetze Nr. 118 vom 30. März 1971, Nr. 382 vom 27. Mai 1970, Nr. 381 vom 26. Mai 1970, Nr. 104 vom 5. Februar 1992, Nr. 68 vom 12. März 1999, und des Gesetzesdekretes Nr. 5 vom 9. Februar 2012 umgewandelt mit Änderungen in Gesetz Nr. 35 vom 4. April 2012.  
Verantwortliche der Verarbeitung der Daten ist die Direktorin des Betrieblichen Dienstes für Rechtsmedizin. Die Angabe der Daten ist verpflichtend damit die weitere administrative Bearbeitung, wie beantragt, durchgeführt werden kann. Die Verweigerung der Angabe der gefragten Daten verhindert die weitere Behandlung des Ansuchens. Der/die Antragsteller/In, im Sinne der Artikel 7 und folgende des Legislativdekretes 30. Juni 2003, n. 196, erhält auf Anfrage den Zugang, die Extraktion und Information zu den eigenen Daten. Er/sie kann außerdem beantragen, sofern dies vom Gesetz vorgesehen ist, dass die personenbezogenen Daten ajourniert, gelöscht, anonymisiert und gesperrt werden.

....., den .....  
(Ort und Datum)

.....  
(Unterschrift)

**Anlagen: ärztliches Zeugnis nicht älter als sechs Monate in Original und jegliche andere nützliche Dokumentation für den/die Betreuten/Betreute**

Bei Übermittlung mit der Post, mittels Fax oder durch dritte Personen ist es notwendig eine Ablichtung des gültigen Personalausweises beizulegen.

\* und weitere Änderungen und Ergänzungen

.....  
**Betrieblicher Dienst für Rechtsmedizin**  
Dantestraße 26/C | 39042 Brixen  
Tel. 0472 813021  
<http://www.sabes.it> | [inval.bx@sabes.it](mailto:inval.bx@sabes.it)  
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen  
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

.....  
**Servizio Aziendale di Medicina Legale**  
via Dante 26/C | 39042 Bressanone  
Tel. 0472 813021  
<http://www.sabes.it> | [inval.bx@asdaa.it](mailto:inval.bx@asdaa.it)  
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano  
Cod. fisc./P. IVA 00773750211