STATISTISCHER VORDRUCK LAUT ART. 10 DES M.D. vom 08.10.1986

ERSTE EINTRAGUNG ☐ **BESTÄTIGUNG DER EINTRAGUNG** ☐

ZUNAME _____ NAME _____

GEBURTSORT _____ GEBURTSDATUM _____

STAATSBÜRGERSCHAFT _____ BERUF _____

DOMIZIL IM AUSLAND _____

STEUERNUMMER IN ITALIEN _____

WOHNSITZ IN ITALIEN IN DER GEMEINDE _____

STRASSE _____ NR. _____

(Die ausländischen Staatsbürger "an pair" haben ihren vorübergehenden Aufenthaltsort in Italien anzugeben)

ZU LASTEN LEBENDE FAMILIENANGEHÖRIGE

Zuname und Name	Geburtsdatum	Verwandtschaftsgrad	Eventuelle Einkommen

DAS IM JAHR _____ ERWORBENE GESAMTEINKOMMEN _____ IN ITALIEN

IM AUSLAND _____ ENTSPRICHT EURO _____
(in ausländischer Währung)

ÜBERWIESENER BEITRAG IN EURO _____ am _____

DIE ANGESTELLTEN VON KÖRPERSCHAFTEN ODER INTERNATIONALEN EINRICHTUNGEN HABEN ZUSÄTZLICH FOLGENDE ANGABEN ZU MACHEN:

EINRICHTUNG BEI DER ER/SIE BESCHÄFTIGT IST _____

BERUFSBILD _____ GESAMTEINKOMMEN ALS ANGESTELLTER DER VORGENANNTEN EINRICHTUNG _____

BESCHEINIGUNGEN BETREFFEND DAS GESAMTEINKOMMEN:

- ☐ ERSATZERKLÄRUNG DES NOTORIETÄTSAKTES _____
- ☐ BESCHEINIGUNGEN AUSLÄNDISCHER TRÄGER _____
- ☐ ZUSÄTZLICHE BESCHEINIGUNGEN _____
  (anführen)

Die personenbezogenen Daten werden manuell und in digitaler Form ausschließlich für die Erfordernisse, die mit Abwicklung des vorliegenden Antrages zusammenhängen, verarbeitet. Die mangelnde Zurverfügungstellung der Daten 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 vorgenommen bzw. für die Ausübung institutioneller Aufgaben. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist der zuständige Abteilungsdirektor/in. Inhaber der Datenverarbeitung ist der Generaldirektor des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen. Die Interessierten können sich zu ihren Daten laut Art. 7 des Leg.D. Nr. 196/2003 vom 30. Juni 2003 Zugang verschaffen, um deren Korrektur oder Ergänzung, und sofern die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind – deren Löschung oder Sperrung zu verlangen.

Datum _____ Unterschrift des/der Betreuten _____

DEM AMT VORBEHALTEN

Der Antrag auf Eintragung ist am _____ eingegangen.

Stempel des Gesundheitsbezirkes

UNTERSCHRIFT DES BEAMTEN / DER BEAMTIN

_____