

ARBES Registrazione

Dati personali		<input type="checkbox"/> interno (centro residenziale / gruppo abitativo esterno)	<input type="checkbox"/> esterno
Titolo	<input type="checkbox"/> Sig. <input type="checkbox"/> Sig.ra		
Cognome			
Nome			
Indirizzo			
Luogo di residenza legale NPA Luogo			
Telefono	Fisso	Mobile	
Data di nascita			
Luogo / Cantone d'origine			
Nazione d'origine			
Permesso di soggiorno			
Permesso valido fino			
Domicilio fiscale			
Stato civile	Si prega di selezionare		
Nr. di assicurazione sociale (AVS)			

Dati relativi la mansione	
Entrata in carica	
Numero del caso	
Ambito	Si prega di selezionare
Referente ARBES	
Referente centro residenziale	

Grado di occupazione (min. 2 ore per mezza giornata)		
	Mattino	Pomeriggio
Lunedì	ore	ore
Martedì	ore	ore
Mercoledì	ore	ore
Giovedì	ore	ore
Venerdì	ore	ore
Occupazione in %*		

Rendita AI	
Grado	<input type="checkbox"/> Iscrizione <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 3/4 <input type="checkbox"/> 1/1

Assegno per grande invalido	
Grado	Si prega di selezionare

Curatore		
	<input type="checkbox"/> Curatela generale	<input type="checkbox"/> Curatela di rappresentanza
	<input type="checkbox"/> Curatela di cooperazione	<input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno
Cognome / Nome		
Indirizzo		
NPA Luogo		
Telefono	Fisso	Mobile

Familiare	
	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Altro:
Cognome / Nome	
Indirizzo	
NPA / Luogo	
Telefono	

<input type="checkbox"/> Psichiatra <input type="checkbox"/> Medico di famiglia	
Cognome / Nome	
Indirizzo	
NPA / Luogo	
Telefono	

Conto stipendio <input type="checkbox"/> Conto bancario <input type="checkbox"/> Conto postale	
Titolare del conto	
Banca / Filiale	
IBAN	
Documenti paga	<input type="checkbox"/> cliente <input type="checkbox"/> curatore <input type="checkbox"/> ambedue

Confermo di aver compilato in modo completo e veritiero tutti i dati	
Data	
Nome / Firma	Dipendente:
	Rappresentante legale:

Elenco dei documenti da allegare necessariamente	
<input type="checkbox"/>	Copia della decisione AI o conferma della richiesta di AI
<input type="checkbox"/>	Copia CI o passaporto (per tutte le richieste)
<input type="checkbox"/>	Copia della decisione sul grado di grande invalidità (se esistente)
<input type="checkbox"/>	Copia del permesso di soggiorno (per tutti gli impiegati stranieri)

*compilato a cura della segreteria ARBES

Si prega di trasmettere il documento con i relativi allegati per e-mail alla segreteria ARBES. Grazie.