

Vollmacht und Entbindung von der Schweigepflicht

Mit dieser Vollmacht ermächtigt die unterzeichnende Person den Coach von VIA MEDICI, im Rahmen der vereinbarten Reintegration Informationen mit den untenstehenden Stellen auszutauschen. Die Entbindung von der Schweigepflicht ist auf den Zweck der beruflichen Reintegration beschränkt.

1 Vollmachtgeber:in

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon / E-Mail

AHV-Nr. (falls relevant)

2 Bevollmächtigte Person

Lorenzo Medici

VIA MEDICI, Laufbahnsupport · Hinwilerstrasse 53, 8623 Wetzikon · +41 79 723 06 02 · via-medici@bluewin.ch

3 Umfang der Vollmacht

Die bevollmächtigte Person darf mit den untenstehenden Stellen Informationen einholen, austauschen und weitergeben, soweit dies für die berufliche Reintegration notwendig ist. Dies umfasst insbesondere das Einholen von Akten, Berichten und Auskünften sowie die Teilnahme an Gesprächen im Einvernehmen mit der Klient:in.

4 Konkret ermächtigte Stellen

Bitte zutreffende Stellen ankreuzen oder ergänzen.

☐ IV-Stelle / kantonale Sozialversicherungsanstalt (SVA)

Zuständige Stelle: _____

☐ RAV / Arbeitslosenkasse

Zuständige Stelle: _____

☐ Arbeitgeber / ehemaliger Arbeitgeber

Firma / Ansprechperson: _____

☐ Ärzte, Therapeut:innen, Case Manager:innen

Namen: _____

☐ Ausbildungseinrichtungen (Schulen, Hochschulen, Kurse)

Institution: _____

☐ Weitere Stelle

Bezeichnung: _____

5 Gültigkeit und Widerruf

Diese Vollmacht gilt ab Unterzeichnung bis zum Abschluss der Reintegrationsbegleitung, längstens jedoch zwölf Monate. Sie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf wirkt ab dem Zeitpunkt des Eingangs bei VIA MEDICI.

Gültig bis (optional): _____

6 Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Vollmacht und Entbindung von der Schweigepflicht zur Kenntnis genommen habe und damit einverstanden bin.

Ort, Datum, Unterschrift Klient:in

Ort, Datum, Lorenzo Medici, VIA MEDICI