

Anmeldeformular Coaching ZBA

Personalien

Name Vorname
Strasse PLZ / Ort
Tel-Nr. privat Handy-Nr.
E-Mail Geb. Datum
Soz.Vers.Nr. 756. Nationalität

IV-Berufsberater/in, Eingliederungsverantwortliche/r

Name Vorname
IV-Stelle Tel.-Nr.
E-Mail Bemerkung

Unfall / Krankheitsereignis

Was
Wann
Aktuelle Therapien.....
Medikamente nein ja welche:

Beruf

Aktuelle Tätigkeit was
wo (Firma, Ort)
seit
Ansprechperson(en) Arbeitgeber

Bemerkungen

.....

Das ausgefüllte Formular bitte **mit Lebenslauf** senden an:
Per Mail: zba@zba.ch
Per Post: Zentrum für berufliche Abklärung, Grossmatte Ost 26, 6014 Luzern

Auskünfte und Akteneinsicht

Vollmacht

Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber:

Name/Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Soz.-Vers.-Nr.

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber die IV-Stelle

.....

der nachstehend aufgeführten Institution Auskünfte zu erteilen und
umfassende Akteneinsicht zu gewähren:

ZBA Zentrum für berufliche Abklärung
Grossmatte Ost 26
6014 Luzern
041 228 91 00

Das ZBA Zentrum für berufliche Abklärung wird ermächtigt im
Zusammenhang mit der Auftragsabwicklung Akteneinsicht für eine
konsiliarische Abklärung und Beurteilung an Ärztinnen, Ärzte und weiteren
Fachpersonen zu gewähren.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Ort / Datum

Unterschrift