

## MUSTER

# BESCHEINIGUNG ÜBER DIE UNFÄHIGKEIT, DEN ANTRAG AUF ZULASSUNG/SPERRUNG DER NUTZUNG VON ONLINE-DIENSTEN DURCH DIE VERTRAUENSPERSON ZU STELLEN

### DER/DIE UNTERZEICHNENDE

Nachname  Vorname

Geburtsort  Provinz  Geburtsdatum

Steuernummer

als

Allgemeinmediziner/in des Nationalen Gesundheitsdienstes (SSN)

Arzt/Ärztin in der Gesundheits-/Heimeinrichtung

Eingetragen in der Ärzteliste der  mit der Nummer   
provinzialen Ärztekammer in

**bescheinigt, nach Feststellung bestimmter dokumentierter klinischer Zustände, dass Herr/Frau:**

Nachname  Vorname

Geburtsort  Provinz  Geburtsdatum

Steuernummer

der/die in der Liste seiner/ihrer Patienten eingetragen ist

der/die, auch vorübergehend, in die oben genannte Gesundheits-/Wohneinrichtung eingeliefert wurde

nicht in der Lage ist, sich persönlich zu einem beliebigen territorialen Amt der Agentur der Einnahmen zu begeben, um den Antrag auf Zulassung/Sperrung der Nutzung der Online-Dienste der Agentur der Einnahmen durch die Vertrauensperson zu stellen.

Stempel und leserliche Unterschrift des Arztes, der die  
Zertifizierung/Bescheinigung ausstellt

Ort und Datum