

SVA Zürich  
IV-Stelle  
Postfach  
8087 Zürich

► **Arbeitsplatzerhaltung:  
Vollmacht**

Die SVA Zürich möchte Sie und Ihre Arbeitgeberin, Ihren Arbeitgeber rasch und unkompliziert unterstützen, damit Sie den Arbeitsplatz wenn möglich behalten können. Deshalb ist es wichtig, dass wir mit Ihnen und Ihrer Arbeitgeberin, Ihrem Arbeitgeber die Arbeitsplatzsituation besprechen können.

- Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber die nachstehende, als Bevollmächtigte / Bevollmächtigter bezeichnete Person bzw. Firma, mit der SVA Zürich die zur Arbeitsplatzerhaltung relevanten Informationen auszutauschen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Gespräche und Resultate protokolliert werden.

Ich befreie die SVA Zürich im Rahmen der Arbeitsplatzerhaltung von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der/dem Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Sie gilt nicht als IV-Anmeldung.

● **Bevollmächtigte / Bevollmächtigter:**  
(Arbeitgeberin / Arbeitgeber)

Name, Vorname / Firma

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Bevollmächtigten, der Bevollmächtigten

● **Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber:**  
(Versicherte Person)

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Vollmachtgeberin, des Vollmachtgebers

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.