



Anmeldeformular

§ 2 Anmeldungs- und Registergesetz, SGS 111

ZuzügerIn m w Ehefrau eingetr. PartnerIn

Art der Anmeldung Niederlassung Niederlassung
 Aufenthalt Aufenthalt

Hauptwohnsitzgemeinde _____

Amtlicher Name _____

Lediger Name _____

Rufname _____

Weitere Vornamen _____

Versichertennummer (AHVN13) _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Heimatort/e / Nationalität _____

Zivilstand _____

Datum Zivilstandesänderung _____

(auch bei Trennung) _____

Name Krankenkasse _____

Konfession _____

Vater Name _____

Vater Vorname/n _____

Mutter Name _____

Mutter lediger Name _____

Mutter Vorname/n _____

Zuzug am _____

Zuzug von _____

Haushaltart: Privathaushalt Sammelhaushalt
 Kollektivhaushalt

Neue Adresse _____

EGID und EWID _____

Stockwerk / Anz. Zimmer _____

Liegenschaftsverwalter _____

Name Vormieter _____

Zusammen wohnhaft mit _____

Tel.Nr. und/oder Natel _____

Grundbesitz in Duggingen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anschluss Kabelfernsehen GGA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hundehalter/in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Feuerwehersatzabgabepflichtig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Militärdienstpflichtig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zivilschutzdienstpflichtig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kind 1 m w

Kind 2 m w

Amtlicher Name	_____	_____
Rufname	_____	_____
Weitere Vornamen	_____	_____
Versichertennummer (AHVN13)	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
Geburtsort	_____	_____
Heimatort/e	_____	_____
Name Krankenkasse	_____	_____
Konfession	_____	_____
Vater Name	_____	_____
Vater Vorname/n	_____	_____
Mutter Name	_____	_____
Mutter lediger Name	_____	_____
Mutter Vorname/n	_____	_____
Schule (öffentlich oder Privat)	_____	_____
Schulstufe (Kiga, Primar, Oberstufe)	_____	_____
Name Schule	_____	_____
Ort Schule	_____	_____

Kind 3 m w

Kind 4 m w

Amtlicher Name	_____	_____
Rufname	_____	_____
Weitere Vornamen	_____	_____
Versichertennummer (AHVN13)	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
Geburtsort	_____	_____
Heimatort/e	_____	_____
Name Krankenkasse	_____	_____
Konfession	_____	_____
Vater Name	_____	_____
Vater Vorname/n	_____	_____
Mutter Name	_____	_____
Mutter lediger Name	_____	_____
Mutter Vorname/n	_____	_____
Schule (öffentlich oder Privat)	_____	_____
Schulstufe (Kiga, Primar, Oberstufe)	_____	_____
Name Schule	_____	_____
Ort Schule	_____	_____

Ich bestätige die Richtigkeit obiger Angaben

Datum und Unterschrift: _____