

# CONSORZIO CASA PER ANZIANI MEDIO VEDEGGIO «STELLA MARIS»

6930 BEDANO Tel. 091 935 71 88, Fax 091 935 71 27, E-Mail: info@casastellamaris.ch

Nome (i): ..... Cognome: .....

Stato civile: ..... Paternità: .....

Nome del coniuge: ..... Cognome da nubile: .....

Attinenza: ..... Religione: .....

(Per stranieri; nazionalità)

CAP e domicilio ..... dal: .....

Via ..... tel: .....

Attualmente ricoverato/a presso: .....

Luogo e data nascita: ..... n. AVS: .....

Beneficiate - della prestazione complementare AVS? ..... - dell'Assegno Grande Invalido? .....

Altre pensioni: .....

Cassa malati: (specificare la sede e il numero di assicurato:)

Indirizzo familiari: (indicare grado di parentela e segnare con un asterisco la persona di contatto)

1. .... tel. pr. ....

..... tel. lav. ....

2. .... tel. pr. ....

..... tel. lav. ....

3. .... tel. pr. ....

..... tel. lav. ....

4. .... tel. pr. ....

..... tel. lav. ....

Chiedo di essere ospitato nella casa a partire da .....

(Se la richiesta è per un soggiorno temporaneo, specificare data inizio e durata)

Soggiorno:  a tempo indeterminato  temporaneo

Osservazioni: .....

Luogo e data: ..... Firma: .....

La firma deve essere dell'interessato/a oppure di un tutore, curatore o congiunto. Se il richiedente non appone egli stesso la firma, indicarne i motivi nelle osservazioni.

Cognome, nome e indirizzo del rappresentante .....

La presente richiesta è considerata valida solo se completa e corredata dal Certificato medico.

Allegato: certificato medico

# Certificato medico

(da compilare dal medico curante)

Nome (i): ..... Cognome: .....

Domicilio: ..... Data di nascita: .....

Diagnosi:

---

---

---

---

---

---

---

---

Protesi e mezzi ausiliari utilizzati:

---

Terapia attuale:

---

Grado di dipendenza da terzi:  autosufficiente  
 semidipendente  
 dipendente

Fumatore/fumatrice?:  sì  no

Osservazioni:

---

---

---

---

---

---

---

---

Data: ..... Timbro e firma del medico: .....