

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

I campi segnati con un asterisco sono facoltativi:

Nome (i):

Cognome:

Stato civile:

Religione:

Nome del coniuge:

Cognome da nubile:

Nome e Cognome Padre e Madre:

VIA, CAP - Comune di residenza:

(specificare da quando è residente nel comune attuale).....

Telefono:

Attinenza:

Nazionalità:

Tipo permesso (per stranieri):

Luogo e data di nascita:

Lingua madre:

Attualmente ricoverato presso:

* Titolo di studio:

*Ultima professione:

N.AVS: 756.....

Prestazione complementare AVS SI/NO:

Assegno grande invalido AGI
(Se sì, crociare anche grado)

NO	Sì
----	----

esiguo	medio	grande
--------	-------	--------

Cassa malati (nome e sede):

Numero assicurato:

Altre pensioni:

Chiedo di essere ospitato nella casa a partire da:

Soggiorno: A tempo indeterminato

Temporaneo.....
(specificare data inizio e fine)

Osservazioni:

.....
.....
.....
.....

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

Familiare 1: Persona di contatto principale (ev. curatore)

Grado parentela:

Nome: Cognome:

Indirizzo completo:

Indirizzo e-mail:
(campo obbligatorio, e-mail per atti e comunicazioni amministrative)

Telefono privato: Telefono cellulare/lavoro:

Familiare 2:

Grado parentela:

Nome: Cognome:

Indirizzo completo:

Indirizzo e-mail:

Telefono privato: Telefono cellulare/lavoro:

Familiare 3:

Grado parentela:

Nome: Cognome:

Indirizzo completo:

Indirizzo e-mail:

Telefono privato: Telefono cellulare/lavoro:

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 il motivo nelle osservazioni della pagina precedente.

Cognome, nome 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:

.....
.....

Anticoagulazione: sì no

Eventuali allergie
conosciute:

.....

Grado di dipendenza da terzi: autosufficiente
 semidipendente
 dipendente

Fumatore/fumatrice?: sì no

Osservazioni:

.....
.....
.....
.....

Codice EAN:

Data: Timbro e firma del medico: