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:

esiguo

grande

medio

Assegno grande invalido AGI NO SÌ   
(Se si, crociare anche grado)

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:

Girare pagina

***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: