

DOMANDA DI AMMISSIONE

Dati anagrafici:

Cognome: Nome:

Indirizzo:

NAP e Luogo: Stato civile:

Luogo di nascita: Data di nascita:

Attinenza: Nazionalità:

AVS numero:

Ex professione: Confessione:

Paternità / Maternità:

Provenienza del richiedente :

Domicilio privato Alta casa anziani Ospedale/clinica Altro istituto

Cassa malati: Sede di:

Numero assicurato:

Medico curante: Tel:

Situazione finanziaria:

AVS

Assegno invalidità (AI)

Assegno grande invalido (AGI) – Grado: esiguo medio elevato

Cassa pensione

Prestazione complementare

Altre rendite (INSAI, ass. militare, pensione estera,...)

Indirizzi familiari o altri parenti:

Cognome e nome: Grado di parentela:
Indirizzo:
Telefono: Cellulare:
E-mail:

Cognome e nome: Grado di parentela:
Indirizzo:
Telefono: Cellulare:
E-mail:

Cognome e nome: Grado di parentela:
Indirizzo:
Telefono: Cellulare:
E-mail:

Eventuale rappresentate legale:

Cognome e nome: Grado di parentela:
Indirizzo:
Telefono: Cellulare:
E-mail:

Curatore ufficiale: si no

Garante per il pagamento della retta:

Cognome e nome: Grado di parentela:
Indirizzo:
Telefono: Cellulare:
E-mail:

La domanda è stata compilata con l'accordo del/la richiedente? si no

Osservazioni:

Luogo e data:

Firma: