



Città di Bellinzona - Casa per Anziani Comunale
Via Mesolcina 5 - 6500 Bellinzona

Tel. 091 822 01 00 - Fax. 091 826 45 21

DOMANDA D'AMMISSIONE

Cognome	
Nome	
Data e luogo di nascita	
Attinenza	
Nazionalità	
Stato civile	
Ex-professione	
Confessione	
Domiciliato a: (Indirizzo Completo)	
Telefono	
Cassa Malati	
Medico curante	

Indirizzo completo familiari (indicare il grado di parentela)	
.....	Tel.
.....	Tel.
.....	Tel.
.....	Tel.

Eventuale rappresentante legale (indirizzo completo)
.....

Situazione finanziaria

Numero personale AVS:

fr. Versata da

Eventuale prestazione complementare o altre prestazioni:

fr. Versata da

Altre rendite (pensione, SUVA, ecc.)

fr. Versata da

Motivo della richiesta

Data desiderata per l'entrata

Osservazioni

Firma del richiedente o del suo
rappresentante legale:

Luogo e data

.....

