



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.

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

.....

