



CONSORZIO
CASA
PER PERSONE
ANZIANE
DI RIVIERA

Casella postale
6702 Claro
Tel. 091 873 44 00
Fax 091 873 44 99

Domanda d'ammissione | alla Residenza Visagno

Cognome _____ Nome _____

Domicilio _____ Data di nascita _____

Ammissione richiesta:

- preventivamente
- breve scadenza

- soggiorno indeterminato
- soggiorno temporaneo
- centro diurno

Stato civile _____ Attinenza _____
(per stranieri nazionalità)

Cassa malati _____ No. AVS _____

Medico curante _____

Attualmente ricoverato presso _____ dal _____

Motivo della richiesta _____



CONSORZIO
CASA
PER PERSONE
ANZIANE
DI RIVIERA

Casella postale
6702 Claro
Tel. 091 873 44 00
Fax 091 873 44 99

Familiari (cognome e nome, indirizzo, grado di parentela, telefono)

Eventuale rappresentante legale _____

Reddito mensile: AVS/AI Fr. _____
 PC Fr. _____
 AGI Fr. _____
 Altro Fr. _____

Osservazioni:

Data: _____ Firma: _____

Da ritornare a:
Residenza Visagno, Casella postale, 6702 Claro

Allegato:
Certificato medico



CONSORZIO
CASA
PER PERSONE
ANZIANE
DI RIVIERA

Casella postale
6702 Claro
Tel. 091 873 44 00
Fax 091 873 44 99

Certificato medico | (da compilare dal medico curante)

Cognome _____ Nome _____

Domicilio _____ Data di nascita _____

Diagnosi medica recente:

Protesi e mezzi ausiliari:

Medicamenti:

Grado di dipendenza da terzi:

- completamente autosufficiente
- semidipendente
- dipendente

Osservazioni:

Data:

Timbro e firma del medico:
