



Via Cremignone 8  
6924 Sorengo  
091 / 800 12 00  
[pagnolo@pagnolo.ch](mailto:pagnolo@pagnolo.ch)

- Collina d'Oro
- Muzzano
- Sorengo

Fuori Consorzio:

## FORMULARIO PER LA RICHIESTA DI AMMISSIONE IN CASA PER ANZIANI

### Dati personali:

Cognome:

Nome:

AVS no.:

Sesso:    M            F

Via:

CAP e Luogo:

Luogo di nascita:

Data di nascita:

Attinenza:

Nazionalità:

Paternità (cognome e nome):

Maternità (cognome e nome):

Stato civile:

Ex professione:

Nome e cognome del coniuge (anche se vedovo/a):

Viveva da solo/a?

Lingua madre:

Conoscenza della lingua italiana:    Nessuna;    Scarsa;    Sufficiente;    Buona;    Lingua madre

Altre lingue parlate:

Livello d'istruzione: Senza formazione scolastica Scuola obbligatoria Maturità Tecnica Superiore Non ha finito la scuola obbligatoria Apprendistato/scuola professionale Scuola superiore Università/Politecnico

Medico curante, indirizzo:

Nr. TEL medico curante:

E-mail medico:

Sono state redatte delle Direttive Anticipate insieme al medico? Sì No

❖ (<https://www.fmh.ch/it/servizi/diritto/disposizioni-del-paziente.cfm#i131105>)

Religione:

### Situazione finanziaria:

- ❖ AVS/AI No Sì
- ❖ Prestazione complementare No Sì
- ❖ Assegno grande invalido No Sì: esiguo medio elevato
- ❖ Altre rendite (pensione, INPS, ecc.) No Sì

(Se si indicare il tipo di rendita):

### Indirizzi per urgenze / persone di contatto (indicare se vi è una curatela):

1° referente// RUOLO RICOPERTO:

Cognome e nome:

Grado di parentela:

Via:

CAP e luogo:

No. telefono:

No. cellulare:

e-mail:

2° referente:

Cognome e nome:

Grado di parentela:

Via:

CAP e luogo:

No. telefono:

No. cellulare:

e-mail:

3° referente:

Cognome e nome:

Grado di parentela:

Via:

CAP e luogo:

No. telefono:

No. cellulare:

e-mail:

4° referente:

Cognome e nome:

Grado di parentela:

Via:

CAP e luogo:

No. telefono:

No. cellulare:

e-mail:

Allergie/intolleranze:

Ausili:

Glutine

Carrozzina

Lattosio

Deambulatore

Altro (p.f. Indicare cosa)

Altro (p.f. Indicare cosa)

Indirizzo per la fatturazione della Casa Anziani:

Cognome e nome:

Via:

CAP e luogo:

Alle domande ha risposto:

- ❖ L'interessato
- ❖ Il parente/conoscente
- ❖ L'interessato insieme a parente/conoscente

Osservazioni:

Luogo e data:

Firma: