

Modulo per l'acquisizione dei / Formblatt für die Registrierung

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO/A PERSÖNLICHE DATEN DES/DER BETREUTEN

(deve essere consegnato al Comprensorio Sanitario di Merano con il conteggio mensile)
(muss beim Gesundheitsbezirk Meran mit der monatlichen Abrechnung abgegeben werden)

COGNOME:
ZUNAME: _____

NOME:
VORNAME: _____

COGNOME ACQUISITO:
ERWORBENER ZUNAME: _____

CODICE FISCALE:
STEUERNUMMER:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SESSO/GESCHLECHT: M/M F/W

DATA DI NASCITA: _____ LUOGO DI NASCITA: _____ PROV. _____
GEBURTSDATUM: _____ GEBURTSORT: _____ PROV. _____

RESIDENZA: VIA: _____ CITTÀ: _____
WOHNORT: STRASSE: _____ STADT: _____

CITTADINANZA:
STAATSBÜRGERSCHAFT: _____

ASL DI PROVENIENZA:
HERKUNFTSSANITÄTSBETRIEB: _____

TESSERA SANITARIA N.
SANITÄTSAUSWEIS NR: _____

ESENZIONE*:
BEFREIUNG* _____

FIRMA LEGGIBILE DELL'ASSISTITO/A / LESERLICHE UNTERSCHRIFT DES/DER BETREUTEN

- *1. Esenzione totale
- 2. Esenzione per età/reddito
- 3. Esenzione per patologia o per categorie
- 4. Non esente

- 1. Gesamtbefreiung
- 2. Befreiung aufgrund des Alters und des Einkommens
- 3. Befreiung bezogen auf das Krankheitsbild oder Kategorie
- 4. Nicht befreit