

Sito



creiamo un sostegno per le esigenze dei bambini nelle cure pediatriche in Ticino

FORMULATRIO RICHIESTA SOSTEGNO FINANZIARIO

Richiesta Nr.

Data:

Nome e cognome del Padre:

Indirizzo:

Professione:

Tel:

Email:

Nome e cognome della madre:

Indirizzo:

Professione:

Tel:

Email:

Nome e cognome del bimbo/bimba o paziente:

Nato/a/i il:

A:

Trasferito il

Con che mezzo:

Periodo di degenza della mamma in gravidanza:

Periodo di degenza del/dei pazinete/i Dal:

Al:

Presso l'ospedale di:

Siete in contatto con altri enti, associazioni o assistenti sociali?

Se si quali?

Altri figli?

Quantità:

Età:

Descrizione del ricovero: (usate il resto del foglio se necessario)

Versamento su CCP / Conto bancario n: (Pf allegare una cedola di versamento)

Ci permettiamo di chiedervi di allegare l'ultima notifica di tassazione in vostro possesso.

Assicuriamo che le informazioni da voi fornite saranno trattate con la maggior discrezione.