



REGISTRAZIONE

Come hai saputo della lega contro il cancro? Medico di famiglia Ospedale Famiglia/amici Internet Altro _____

Cognome		Nome	
Data di nascita		Stato civile	
Indirizzo			
No. tel.		E-mail	
Professione		Datore di lavoro	Permesso di soggiorno
No. AVS		Riduzione individuale dei premi <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Ass. malattia obbligatoria _____		Rendita invalidità <input type="checkbox"/> sì, dal(l') _____ <input type="checkbox"/> no	
Ass. malattia complementare <input type="checkbox"/> sì _____ <input type="checkbox"/> no		Rendita AVS <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Ass. malattia giornaliera <input type="checkbox"/> sì, dal(l') _____ <input type="checkbox"/> no		Rendita cassa pensione <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
		Prestazioni complementari <input type="checkbox"/> sì, dal(l) _____ <input type="checkbox"/> no	
Richiesta presso altre istituzioni / fondazioni		Consulenza presso altre istituzioni	

Diagnosi	
Prima diagnosi in data	Incapace al lavoro dal
Medico di famiglia	Medico specialista / oncologo

Operazione/terapia

Numero IBAN e titolare del conto

Ulteriori informazione

Moglie/marito – compagna/compagno di vita

Cognome		Nome	
Data di nascita		Stato civile	
Professione		Datore di lavoro	

Figli inferiori ai 18 anni

Anno di nascita	Formazione
Anno di nascita	Formazione
Anno di nascita	Formazione

Acconsento al trattamento dei miei dati personali per l'ulteriore elaborazione da parte della Lega contro il cancro, nonché per le valutazioni e i conteggi necessari per esempio con l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

Con la mia firma confermo che le informazioni da me fornite sono veritiere e aggiornate.

Luogo, data

Firma cliente