

## Prestazioni complementari (PC) - Soggiorno in istituto/ospedale/clinica

(da compilare a cura dell'istituzione)

Numero AVS (13 cifre)

756.

Data di nascita

Cognome

Nome

Data di entrata

Retta valevole dalla data

Totale retta/ costi al giorno (retta mensile al mese) a carico dell'assicurato

→ La preghiamo di allegare una conferma dettagliata dei costi.

**Durata prevista del soggiorno in istituto (fare una crocetta dove appropriato)**

- Si tratta di un soggiorno permanente in istituto che può durare oltre tre mesi.
- Prevedibilmente si tratta di un soggiorno permanente o prolungato in istituto che può durare oltre tre mesi.

**Altre informazioni in caso di istituto per invalidi o per bambini**

L'assegno per grandi invalidi è computato separatamente?

sì  no

L'istituto è collegato alla CIIS?

sì  no

Nome ed indirizzo dell'istituto

No. telefono per ulteriori informazioni

Data e firma dell'istituto

**Con la Sua firma dichiara che tutti i dati indicati e forniti sono esatti.**