

Richiesta di deposito / di accertamento dell'efficacia / di restituzione del mandato precauzionale depositato:

Mandante:

Cognome Nome

Indirizzo NPA/Luogo

Data di nascita Attinenza

Telefono E-mail

Richiedente:

Mandante

o

Cognome Nome

Indirizzo NPA/Luogo

Telefono E-mail

Prego selezionare:

Chiedo il deposito del mandato precauzionale presso l'APMA Grigioni e insieme al presente modulo inoltro l'originale del mandato precauzionale. Prendo atto che ogni deposito presso l'APMA Grigioni costa fr. 100.00.

Chiedo che il mandato precauzionale sia posto in vigore (convalida).

Tale mandato è già stato depositato presso l'APMA Grigioni.

L'originale del mandato precauzionale è allegato alla presente richiesta.

Una conferma medica relativa alla questione dell'incapacità di discernimento può essere richiesta a:

.....
Nome e indirizzo del medico di famiglia

Chiedo la restituzione del mandato precauzionale depositato.

La preghiamo di stampare il modulo compilato, di firmarlo e di inoltrarlo all'APMA Grigioni.

.....

Luogo, data

.....
Firma

Conferma di ricezione (da compilare dall'APMA Grigioni)

.....

Luogo, data

.....
Firma del/la collaboratore/trice dell'APMA Grigioni