



**FORMULARIO PER RIMBORSO QUOTA PARTE COSTI MENSE
SCOLASTICHE PER BENEFICIARI DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI,
PC AVS/AI, AFI, API - ANNO SCOLASTICO 2020-21**

MENSA SCOLASTICA DI

- | | | | |
|--|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bellinzona Nord | <input type="checkbox"/> Bellinzona Sud | <input type="checkbox"/> Bellinzona Semine | <input type="checkbox"/> Camorino |
| <input type="checkbox"/> Claro | <input type="checkbox"/> Giubiasco | <input type="checkbox"/> Gnosca (anche per Gorduno) | <input type="checkbox"/> Gudo |
| <input type="checkbox"/> Pianezzo | <input type="checkbox"/> Preonzo | <input type="checkbox"/> Sementina | |

COGNOME E NOME FIGLIO/I:.....

COGNOME E NOME GENITORI:.....

INDIRIZZO COMPLETO:.....

NUMERO AVS:.....

TITOLARE DEL CONTO:.....

NUMERO CONTO BANCARIO:.....

NOME ISTITUTO BANCARIO:.....

NUMERO CONTO CORRENTE POSTALE:.....

NUMERO IBAN :

Per le famiglie beneficiarie delle prestazioni citate in oggetto il costo del pasto a loro carico ammonta a fr. 7.--.

Con la firma del presente formulario e nella misura in cui beneficio di prestazioni assistenziali, prestazioni complementari AVS/AI, assegno integrativo per figli o assegno di prima infanzia, autorizzo il Comune di Bellinzona a richiedere informazioni al riguardo agli uffici interessati.

DATA FIRMA

Il formulario è da inoltrare a:

Dicastero servizi sociali, Segretariato, CP 2120, 6500 Bellinzona entro il **31.12.2020**. Formulari pervenuti oltre tale termine non potranno essere presi in considerazione.