



FORMULARIO PER RIMBORSO QUOTA PARTE COSTI MENSE PER BENEFICIARI DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI, PC AVS/AI, AFI, API - ANNO SCOLASTICO 2022-23

MENSA 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 | <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 proprio carico ammonta a fr. 8.50.

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 Educazione, cultura, giovani e socialità, Servizio sociale, CP 2120, 6500 Bellinzona, oppure tramite posta elettronica a servizio.sociale@bellinzona.ch, **entro il 31.12.2022**. Formolari pervenuti oltre tale termine non potranno essere presi in considerazione.