



## FORMULARIO PER RIMBORSO QUOTA PARTE COSTI MENSE SE 2018/2019 PER BENEFICIARI DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI, PC O AFI

Cognome e Nome : .....

Indirizzo : .....

Numero AVS : .....

Titolare del conto : .....

Numero conto bancario : .....

Nome istituto bancario : .....

Numero conto corrente postale : .....

Numero IBAN : .....

Nella misura in cui beneficio di prestazioni assistenziali, prestazioni complementari (PC) o assegni integrativi per i figli (AFI) autorizzo il Municipio di Bellinzona a richiedere informazioni al riguardo agli uffici interessati.

DATA ..... FIRMA .....