



COMUNE DI COMANO  
Tel. 091 941 84 86

## REGOLAMENTO SULL'AIUTO SOCIALE NEL COMUNE DI COMANO

TITOLO II art. 2 a)  
Prestazione complementare per beneficiari della  
prestazione complementare cantonale AVS/AI

Anno .....

### DATI PERSONALI

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Stato civile .....

Professione ..... Via .....

Domiciliato a Comano dal .....

Degente presso .....

Cassa malati ..... Premio mensile LAMal.....

Conto corrente bancario N.IBAN .....

Nome e sede della banca.....

Conto corrente postale N.IBAN .....

Data: .....

Firma: .....

Allegare: - fotocopia certificato/polizza assicurazione cassa malati dell'anno in corso.

**Il formulario completo deve essere ritornato entro la fine di ottobre dell'anno in corso. Formulari tardivi o incompleti non verranno presi in considerazione.**