



MUNICIPIO DI COMANO
941.84.86 – fax 941.72.89

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.

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. Formolari tardivi o incompleti non verranno presi in considerazione.