



COMUNE DI MOTTA VISCONTI

Provincia di Milano

Settore Affari sociali, educativi e ricreativi

Tel. 02 9000 8125 Fax 02 90009071 - ass.sociale@comune.mottavisconti.mi.it

RICHIESTA SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE E PASTO A DOMICILIO

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ prov.() il _____
Residente a _____ in via _____
Tel. _____ cell. _____

CHIEDE

Per sé stesso codice fiscale _____
Per il/la sig./ra _____
Nato/a _____ prov. () il _____
Residente a _____ in via _____
Tel. _____ cell. _____

Di potere usufruire del servizio di :

◇ Assistenza domiciliare

◇ pasto a domicilio (indicare quanti giorni nella settimana) _____
inizio _____

preso atto delle tariffe dei servizi di cui sopra stabiliti con atto di Giunta Comunale e riferite all'anno in corso,

1. si impegna a produrre l'Attestazione ISEE per la definizione della tariffa a proprio carico ◇
2. dichiara che non intende produrre l'Attestazione ISEE e che per tanto pagherà la tariffa massima, ammontante a € _____ (SAD) ◇
€ _____ (pasto) ◇

Motta Visconti _____

IN FEDE _____