

**COMUNE DI ROSATE**  
**ASSESSORATO AI SERVIZI SOCIALI**

Il sottoscritto.....nato a.....il.....  
Residente a Rosate in via .....n°.....  
Telefono.....  
Familiare di riferimento.....Parentela.....  
Residenza.....Telefono.....

**CHIEDE**

Di poter usufruire della sottoindicata prestazione riservata agli anziani, dietro pagamento delle tariffe stabilite dall'Amministrazione Comunale:

**❖ Assistenza Domiciliare**

Giorni: dal lunedì al venerdì  
Dalle ore..... Alle ore.....

Oppure

Nei giorni di .....  
Dalle ore..... Alle ore.....

Rosate li.....

Firma del richiedente

.....

Per usufruire delle tariffe agevolate sottoindicate a è necessario allegare la certificazione Isee :

**Fino ad Isee €4.500,00= costo orario €2,60=**  
**Con Isee da €4.500,00= a €7.500,00= costo orario €4,70=**  
**Oltre Isee €7.500,01= costo orario €5,80=**

In assenza di Isee verrà applicata la tariffa massima.