



CITTÀ DI NOVATE MILANESE

PROVINCIA DI MILANO

Tel. 02/354731 - Fax 02/35473350 - P.IVA 02032910156
E-Mail sisnovate@comune.novate-milanese.mi.it
Settore Interventi Sociali

**All'Azienda Speciale Comuni Insieme
per il tramite del Settore Interventi Sociale
del Comune di Novate Milanese**

Oggetto: RICHIESTA SERVIZIO DI TELEASSISTENZA

Il sottoscritto (1) _____

Nato a _____ Provincia di _____ il _____

Residente nel Comune di _____ C.A.P. _____

C.F. _____

In via _____ n. _____

Scala _____ piano _____

Telefono (2) _____

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TELEASSISTENZA

Per sé

E anche per i seguenti familiari conviventi (3)

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Persona da contattare per l'allacciamento del servizio (parenti, vicini ecc)

Cognome/Nome _____

TEL. _____

(1) Indicare Nome e Cognome di colui che utilizzerà il servizio

(2) Indicare il numero di telefono di colui che utilizzerà il servizio. (NB: si ricorda che è possibile attivare il servizio di Teleassistenza solo in presenza di una linea telefonica fissa)

(3) Indicare solo i conviventi che chiedono di utilizzare il servizio

Il sottoscritto dichiara inoltre che ai fini della determinazione della quota di compartecipazione al servizio, di rientrare in una delle seguenti fasce di reddito:

	FASCE ISEE	% di COMPARTECIPAZIONE	QUOTA ANNUALE 2014
☐	Da €.0 a €.7.000 (allegare attestazione ISEE)	0%	Gratuito
☐	Da €.7.001 a €.14.000 (allegare attestazione ISEE)	50%	€.95,00
☐	Oltre €.14.001	100%	€.190,00

Nel caso di richiesta di riduzione/gratuità allegare copia dell'attestazione ISEE in corso di validità

Data,

Firma

.....