

**Società della Salute Zona Fiorentina
Nord Ovest**

Gestione Associata Servizi Sociali

Tel. 055.6930242 Fax. 055-6930540



**Uffici Territoriali della Società della Salute.....
Comune di.....**

DOMANDA
PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI
FINALIZZATI ALL'ELIMINAZIONE
DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE
AI SENSI DEL REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE
DELL'ARTICOLO 5-QUATER DELLA LEGGE REGIONALE 9
SETTEMBRE 1991, N.47:

(D.P.G.R.T. 3 gennaio 2005 n.11/R)

RICHIEDENTE:.....

Numero pratica:

del

COMUNE di

la/il sottoscritta/o	.....	C. F.	.....
nata/o a	.....	il	.....
residente in ⁽¹⁾	in via	.....
telefono	.....	e-mail	.....

Ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445/2000

DICHIARA

in qualità di:	<input type="checkbox"/>	Proprietario
	<input type="checkbox"/>	Locatario
	<input type="checkbox"/>	altro ⁽²⁾

dell'immobile di proprietà di:	.....
sito in	via /piazza n.
	piano ... interno ... telefono

quale:	<input type="checkbox"/>	persona disabile con menomazione o limitazione permanente di carattere fisico (o persona che ne esercita la tutela o la potestà o l'amministrazione di sostegno)
	<input type="checkbox"/>	persona disabile con menomazione o limitazione permanente di carattere sensoriale (o persona che ne esercita la tutela o la potestà o l'amministrazione di sostegno)
	<input type="checkbox"/>	persona disabile con menomazione o limitazione permanente di carattere cognitivo (o persona che ne esercita la tutela o la potestà o l'amministrazione di sostegno)

CHIEDE

Il contributo⁽³⁾ previsto dagli articoli 9
 10

del Regolamento in oggetto, prevedendo una spesa di euro **IVA compresa - come da preventivo allegato** - per la realizzazione degli interventi finalizzati al superamento di barriere architettoniche, fisiche o percettive, descritte analiticamente nelle tabelle seguenti.

DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI

		AMBITO D'INTERVENTO	Opere edilizie	Attrezzature
C A T E G O R I A 1.: par ti con do mi nia li	<input type="checkbox"/>	1.1 Ingressi		
	<input type="checkbox"/>	1.2 Percorsi verticali		
	<input type="checkbox"/>	1.3 Percorsi orizzontali		
	<input type="checkbox"/>	1.4 Pavimentazioni interne ed esterne		
	<input type="checkbox"/>	1.5 Segnalazioni per l'orientamento		
	<input type="checkbox"/>	1.6 Segnalazioni di pericolo		

AMBITO D'INTERVENTO		Opere edilizie	Attrezzature
C A T E G O R I A 2 : u n i t à i m m o b i l i a r e	<input type="checkbox"/> 2.1 Ingressi		
	<input type="checkbox"/> 2.2 Percorsi verticali		
	<input type="checkbox"/> 2.3 Percorsi orizzontali		
	<input type="checkbox"/> 2.4 Unità ambientali interne <input type="checkbox"/> bagno <input type="checkbox"/> cucina <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> soggiorno <input type="checkbox"/> altro (4)		
	<input type="checkbox"/> 2.5 Unità ambientali esterne <input type="checkbox"/> balcone, loggia, terrazzo <input type="checkbox"/> giardino <input type="checkbox"/> garage <input type="checkbox"/> altro ⁽⁴⁾		
	<input type="checkbox"/> 2.6 Infissi		
	<input type="checkbox"/> 2.7 Terminali impiantistici		
	<input type="checkbox"/> 2.8 Altro ⁽⁴⁾		

		<i>AMBITO D'INTERVENTO</i>	<i>Opere edilizie</i>	Attrezzature
C A T E G O R I A 3. : a u t o n o m i a d o m e s t i c a	<input type="checkbox"/>	3.1 Sicurezza della persona⁽⁵⁾		
	<input type="checkbox"/>	3.2 Controllo degli accessi⁽⁶⁾		
	<input type="checkbox"/>	3.3 Gestione del benessere ambientale⁽⁷⁾		
	<input type="checkbox"/>	4 Comunicazione a distanza e tele-servizi⁽⁸⁾		
	<input type="checkbox"/>	3.5 Automazione dei serramenti⁽⁹⁾		
	<input type="checkbox"/>	3.6 Arredi ed attrezzature⁽¹⁰⁾		

La/Il sottoscritt/a/o

.....

DICHIARA

• di essere stata/o riconosciuta/o dall' autorità competente:

• che il/la sig.
è stata/o riconosciuta /o dalla autorità competente:

1.	<input type="checkbox"/>	Persona non deambulante con disabilità totale
2.	<input type="checkbox"/>	Persona con menomazione o limitazione permanente di tipo fisico o sensoriale o cognitivo
	2.a	<input type="checkbox"/> Disabilità grave
	2.b	<input type="checkbox"/> Disabilità completa

• che nell'immobile in cui è residente (o in cui assumerà la residenza entro tre mesi dal momento della comunicazione del Comune dell'ammissione al contributo quale beneficiario)

sito in	via /piazza	n.
	piano ... interno ... telefono	

sono presenti le seguenti barriere architettoniche:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

che Le /Gli comportano le seguenti difficoltà:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

• che, al fine di rimuovere tali ostacoli, intende realizzare i seguenti interventi (con riferimento: alla Descrizione degli interventi)⁽¹²⁾

Categoria 1.	<input type="checkbox"/>	1.1	<input type="checkbox"/>	1.2	<input type="checkbox"/>	1.3	<input type="checkbox"/>	1.4	<input type="checkbox"/>	1.5	<input type="checkbox"/>	1.6	<input type="checkbox"/>	1.7	<input type="checkbox"/>		
Categoria 2.	<input type="checkbox"/>	2.1	<input type="checkbox"/>	2.2	<input type="checkbox"/>	2.3	<input type="checkbox"/>	2.4	<input type="checkbox"/>	2.5	<input type="checkbox"/>	2.6	<input type="checkbox"/>	2.7	<input type="checkbox"/>	2.8	<input type="checkbox"/>
Categoria 3.	<input type="checkbox"/>	3.1	<input type="checkbox"/>	3.2	<input type="checkbox"/>	3.3	<input type="checkbox"/>	3.4	<input type="checkbox"/>	3.5	<input type="checkbox"/>	3.6	<input type="checkbox"/>	3.7	<input type="checkbox"/>		

• che tali interventi non sono stati eseguiti né sono in corso di opera e che le attrezzature non sono state acquistate

• che avente diritto al contributo,⁽¹³⁾ in quanto onerato della spesa per la realizzazione degli interventi, è:

a la/il sottoscritta/o **richiedente**, oppure:

b

la/il sig.ra/e..... nata/o a.....

il..... C.F.....residente in.....

via/piazza.....n. cap.....

--	--	--

in qualità di:	b.1	<input type="checkbox"/>	esercente la tutela , la potestà ovvero l'amministrazione di sostegno nei confronti della persona disabile
	b.2	<input type="checkbox"/>	proprietario
	b.3	<input type="checkbox"/>	amministratore del condominio
	b.4	<input type="checkbox"/>	Altro

• di essere a conoscenza che il contributo regionale sarà erogato dalla Gestione Associata Servizi Sociali – SdS Nord/ovest **dopo l'esecuzione delle opere edilizie e/o dopo l'acquisto e l'installazione delle attrezzature**, sulla base della documentazione attestante le spese (fatture quietanzate), presentate al Comune di residenza.

La / Il richiedente

.....
(firma leggibile)

L'avente diritto al contributo⁽¹⁴⁾

.....
(firma leggibile)

.....
(luogo e data)

INFORMATIVA SULLA PRIVACY ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003

I dati di cui al presente procedimento amministrativo sono trattati nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy, di cui al D.Lgs. 196/2003 e succ. modificazioni ed integrazioni. I dati vengono archiviati e trattati sia in formato cartaceo sia su supporto informatico nel rispetto delle misure minime di sicurezza. La finalità della presente raccolta dati è esclusivamente connessa al procedimento di erogazione dei contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche. La comunicazione dei dati è facoltativa ma indispensabile ai fini del procedimento amministrativo per la formazione della graduatoria e per l'erogazione dei contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche.

Il titolare del trattamento dei dati è la Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest. L'interessato può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 presentando richiesta attraverso il Comune di residenza cui è stata inoltrata la richiesta di contributo o direttamente alla Sede della SdS Nord-ovest, via A.Gramsci n.561, 50019 Sesto Fiorentino (FI)

Art.7 D.Lgs. 196/2003. Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti.

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Il sottoscritto, acquisite le informazioni fornite ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 esprime il proprio consenso al trattamento dei dati con le modalità sopra riportate.

la/il richiedente

.....
(luogo e data)

.....
(firma leggibile)

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il Responsabile del procedimento amministrativo è il Direttore della Società della Salute o suo delegato.

ALLEGATI RICHIESTI

1. fotocopia documento di identità in corso di validità
2. copia del certificato rilasciato dall'autorità competente attestante che il richiedente è persona non deambulante con disabilità totale, ovvero attestante la menomazione o limitazione permanente di carattere fisico o di carattere sensoriale o di carattere cognitivo del richiedente⁽¹¹⁾
3. preventivo di spesa e progetto dettagliato relativi alle opere edilizie direttamente finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche (art. 9 del Regolamento)
4. preventivo di spesa e documentazione tecnica relativi all'acquisto e all'installazione di attrezzature finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche (art. 10 del Regolamento)
5. copia della dichiarazione dei redditi della persona disabile che chiede il contributo o del familiare che lo dichiara a proprio carico ai sensi dell'articolo 12 del D.P.R. 917/1986
6. benessere del proprietario dell'unità immobiliare alla realizzazione degli interventi (da allegare solo nel caso di richiedente diverso dal proprietario)

NOTE

- (1) **Indicare la residenza anagrafica del richiedente.**
- (2) **Barrare la casella e specificare se si abita l'immobile a titolo diverso dalla proprietà o dalla locazione (ad es. convivenza, comodato, ecc.).**
- (3) **Per la realizzazione delle opere edilizie - art. 5, comma 1, lettera a) del Regolamento -, con i fondi regionali possono essere concessi contributi in misura non superiore al 50 per cento della spesa effettivamente sostenuta, ivi comprese le spese tecniche, e comunque per un importo non superiore a 7.500,00 Euro per ogni singolo intervento. (art. 9 del Regolamento)**
Per l'acquisto e l'installazione delle attrezzature - art. 5, comma 1, lettera b) del Regolamento -, possono essere concessi contributi con i fondi regionali in misura non superiore al 50 per cento della spesa effettivamente sostenuta e comunque per un importo non superiore a 10.000,00 Euro per ogni singolo intervento. (art. 10 del Regolamento)
- (4) **Specificare l'ambito di intervento.**
- (5) **Rientrano in quest'ambito di intervento: rilevatori di fumo, rilevatori di gas, rilevatori perdite d'acqua ecc.**
- (6) **Rientrano in quest'ambito di intervento: sistemi anti-intrusione, rilevatori di presenza, videocitofoni ecc.**
- (7) **Rientrano in quest'ambito di intervento: sistemi per il controllo del microclima, sistemi per il controllo dell'impianto di illuminazione ecc.**
- (8) **Rientrano in quest'ambito di intervento: interfono, telefoni speciali per disabili uditivi, sistemi di telesoccorso, sistemi di telemedicina ecc.**
- (9) **Rientrano in quest'ambito di intervento: dispositivi di apertura a distanza, dispositivi di apertura/chiusura di porte, finestre ed elementi schermanti ecc.**
- (10) **Rientrano in quest'ambito di intervento: letti regolabili, movimentazione arredi, armadi con servetto, gestione elettrodomestici ecc.**
- (11) **Per attestare la disabilità della persona con menomazioni o limitazioni permanenti di carattere fisico o di carattere sensoriale o di carattere cognitivo, sono considerate valide le certificazioni rilasciate dalle competenti Commissioni delle Aziende Sanitarie ovvero da altra struttura competente in materia secondo la legislazione vigente (es.: INAIL per gli invalidi del lavoro).**
- (12) **Barrare la casella corrispondente agli interventi da effettuare.**
- (13) **Il soggetto avente diritto al contributo può non coincidere con la persona disabile qualora questa non provveda alla realizzazione delle opere a proprie spese. (art. 3 comma 1 del Regolamento)**
- (14) **La dichiarazione è sottoscritta, per conferma del contenuto e per adesione, anche dal soggetto che ha materialmente sostenuto le spese, se questi non corrisponde alla/al richiedente. (art. 3 comma 2 del Regolamento)**