

**DOMANDA**

**PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO**

AI SENSI DEL **REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE**  
DELL'ARTICOLO 5-QUATER DELLA LEGGE REGIONALE 9 SETTEMBRE 1991, N.47:  
"NORME SULL'ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE"

**Alla Società della Salute Empolese Valdarno Valdelsa**

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

consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445 e consapevole del fatto che in caso di dichiarazioni mendaci, l'art. 75 della medesima legge prevede la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere,

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

nell'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 di carattere sensoriale o di carattere cognitivo, che intende realizzare gli interventi di abbattimento delle barriere architettoniche
	Persona che nei confronti del disabile interessato alla realizzazione degli interventi di abbattimento delle barriere architettoniche,  Sig. _____ C.F. _____ Nato a _____ il _____ <input type="checkbox"/> è familiare in qualità di ..... <input type="checkbox"/> esercita l'amministrazione di sostegno, <input type="checkbox"/> esercita la potestà, <input type="checkbox"/> esercita la tutela.

## DICHIARA

- |    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> | che il reddito del disabile interessato alla realizzazione degli interventi di abbattimento delle barriere architettoniche, risultante dall'ultima dichiarazione presentata ai fini delle imposte sui redditi delle persone fisiche, ammonta a<br>€.....                                       |
| 2. | <input type="checkbox"/> | che il reddito della persona che ha in carico il disabile <sup>(3)</sup> interessato alla realizzazione degli interventi di abbattimento delle barriere architettoniche risultante dall'ultima dichiarazione presentata ai fini delle imposte sui redditi delle persone fisiche, ammonta a € : |

- che il disabile

- |    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> | E' residente nell'immobile interessato dall'intervento di abbattimento delle barriere architettoniche  |
| 2. | <input type="checkbox"/> | Assumerà la residenza nell'immobile interessato dall'intervento di abbattimento delle barriere architettoniche e entro tre mesi dalla comunicazione del Comune dell'ammissione a contributo quale beneficiario |

- che l'immobile interessato dagli interventi di abbattimento delle barriere architettoniche è

sito in	via /piazza	n.
	piano          interno          telefono	

sono presenti le seguenti barriere architettoniche:

---



---



---



---

che gli comportano le seguenti difficoltà:

---



---



---

- che, al fine di rimuovere tali ostacoli, intende realizzare gli interventi descritti nelle tabelle allegate (riferimento: "Descrizione degli interventi")

- 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,<sup>(4)</sup> in quanto onerato della spesa per la realizzazione degli interventi, è:

a.  Il disabile interessato alla realizzazione degli interventi di abbattimento delle barriere architettoniche

b.  la/il sig.ra/e nata/o a  
il C.F. residente in  
via/piazza cap.

- (solo in caso di contributo richiesto per acquisto attrezzature) di essere a conoscenza che **non sono ammessi a contributo** interventi finalizzati all'acquisto e installazione di attrezzature

comprese nel "Nomenclatore degli apparecchi acquistati direttamente dalle Aziende USL e da assegnarsi in uso agli invalidi" dell'Azienda USL Toscana Centro<sup>(5)</sup>.

- di essere a conoscenza che il contributo regionale sarà erogato dal Comune **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).

- di essere a conoscenza che ai sensi dell'articolo 18 Legge 7/08/2012 n.134 in caso di concessione ed erogazione del contributo la Società della Salute procederà alla pubblicazione nelle forme e nei modi previsti dall'articolo 18 stesso.

### CHIEDE

Il contributo<sup>(6)</sup> previsto dagli articoli  9  
 10

del Regolamento in oggetto, prevedendo una spesa <sup>(7)</sup> di

- € \_\_\_\_\_ IVA compresa al....., per opere edilizie
- € \_\_\_\_\_ IVA del 4% compresa, per acquisto attrezzature

**come da preventivo allegato** - per la realizzazione degli interventi finalizzati al superamento di barriere architettoniche, fisiche o percettive, descritte analiticamente nelle tabelle allegate.

**la/il sottoscritta/o**

(firma leggibile)

**l'avente diritto al contributo<sup>(8)</sup>**

(luogo e data)

(firma leggibile)

## DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI

	AMBITO D'INTERVENTO	Opere edilizie	Attrezzature
<b>C A T E G O R I A 1 : p a r t i c o n d o m i n i a l i</b>	<input type="checkbox"/> <b>1.1 Ingressi</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>1.2 Percorsi verticali</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>1.3 Percorsi orizzontali</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>1.4 Pavimentazioni interne ed esterne</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>1.5 Segnalazioni per l'orientamento</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>1.6 Segnalazioni di pericolo</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>1.7 Altro<sup>(9)</sup></b> ..... ..... .....		

<b>AMBITO D'INTERVENTO</b>	<b>Opere edilizie</b>	<b>Attrezzature</b>
----------------------------	-----------------------	---------------------

## ALLEGATI RICHIESTI

1. fotocopia documento di identità in corso di validità;
2. copia conforme del certificato rilasciato dall'autorità competente attestante che l'interessato 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<sup>(16)</sup>;
3. preventivo di spesa e progetto dettagliato relativi alle opere edilizie direttamente finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche;
4. preventivo di spesa e documentazione tecnica relativi all'acquisto e all'installazione di attrezzature finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche;
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) Il reddito da indicare deve essere sempre quello del disabile. Solo in caso di reddito uguale a zero o non superiore al limite di reddito previsto per essere considerato fiscalmente a carico, occorre indicare il reddito della persona che in carico il disabile.
- (4) 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)
- (5) A tale proposito si consiglia di verificare, prima di inoltrare domanda di contributo, rivolgendosi al Distretto Socio-Sanitario, se l'attrezzatura richiesta sia compresa nel nomenclatore e se questa sia disponibile
- (6) 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)
- (7) Le spese devono essere obbligatoriamente comprensive di IVA e distinte in spese per opere edilizie e spese per acquisto attrezzature
- (8) 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)
- (9) Specificare l'ambito di intervento.
- (10) Rientrano in questo ambito di intervento: rilevatori di fumo, rilevatori di gas, rilevatori perdite d'acqua ecc.
- (11) Rientrano in questo ambito di intervento: sistemi anti-intrusione, rilevatori di presenza, videocitofoni ecc.
- (12) Rientrano in questo ambito di intervento: sistemi per il controllo del microclima, sistemi per il controllo dell'impianto di illuminazione ecc.

- (13) Rientrano in questo ambito di intervento: interfono, telefoni speciali per disabili uditivi, sistemi di telesoccorso, sistemi di telemedicina ecc.
- (14) Rientrano in questo ambito di intervento: dispositivi di apertura a distanza, dispositivi di apertura/chiusura di porte, finestre ed elementi schermanti ecc.
- (15) Rientrano in questo ambito di intervento: letti regolabili, movimentazione arredi, armadi con servetto, gestione elettrodomestici ecc.
- (16) 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).



**Informativa sulla Privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/679**  
**Rivolta agli utenti della Società della Salute Empolese Valdarno**

---

<i>Descrizione del presente documento</i>	<p>La tutela della privacy degli Utenti è per noi un aspetto fondamentale da salvaguardare. Con la presente informativa la <b>Società della Salute Empolese Valdarno Valdelsa</b> quale Titolare del trattamento, vuole quindi descrivere come vengono raccolti, utilizzati, condivisi e conservati i dati che ti riguardano per le prestazioni e le attività sociali e socio sanitarie.</p> <p>La presente informativa viene redatta in conformità al <b>Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio</b> del 27 aprile 2016 (GDPR) e potrà essere oggetto di periodici aggiornamenti che ti saranno prontamente comunicati.</p>
<i>Titolare del Trattamento e Responsabile della protezione dei dati</i>	<p><b>Titolare del trattamento</b> è la <b>Società della Salute Empolese Valdarno Valdelsa</b> con sede in Via dei Cappuccini n. 79 – Empoli (FI), email <a href="mailto:sds.empoli@uslcentro.toscana.it">sds.empoli@uslcentro.toscana.it</a>; PEC: <a href="mailto:sdsempolesevaldarnovaldelsa@pec.it">sdsempolesevaldarnovaldelsa@pec.it</a></p> <p><b>Responsabile della protezione dei dati</b> è l'Avv. <b>Michele Morriello</b>, con sede in Firenze, viale A. Gramsci n. 53, email <a href="mailto:sds@dpo-rpd.eu">sds@dpo-rpd.eu</a>, tel. (+39) 371 3057734.</p>
<i>Fonte dei dati personali</i>	<p>I dati personali che raccogliamo sono quelli che ci hai fornito al momento della tua istanza per l'erogazione delle prestazioni/attività/servizi sociali e socio sanitari. I dati che trattiamo sono:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- dati identificativi: nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza e/o domicilio, codice fiscale, indirizzo email;</li><li>- dati particolari idonei a rivelare origina razziale o etnica, lo stato di salute;</li><li>- dati relativi alla situazione economica e patrimoniale per gli adempimenti richiesti dalla legge.</li></ul>
<i>Base giuridica e finalità del trattamento</i>	<p>I tuoi dati personali vengono trattati per l'esecuzione dei compiti propri <b>Società della Salute Empolese Valdarno Valdelsa</b> quale autorità pubblica (art. 6 Reg.Ue 2016/679) oppure ove <b>a)</b> sia necessario per l'esecuzione di un contratto o l'adempimento di un obbligo legale; <b>b)</b> per i nostri interessi legittimi, quali l'esercizio e la tutela dei nostri diritti legali; <b>c)</b> sia necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri</p> <p>Nello specifico trattiamo i tuoi dati personali per i seguenti scopi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1 erogazione della prestazione sociale e socio sanitaria:<ul style="list-style-type: none"><li>- Contributo economico</li><li>- Assistenza Domiciliare</li><li>- Contributo economico per affido familiare</li><li>- Welfare leggero</li><li>- Educativa Domiciliare/ aiuto personale</li><li>- Pasti a domicilio</li><li>- Trasporto Sociale verso centri diurni</li><li>- Contributo per trasporto sociale occasionale</li><li>- Centri diurni</li><li>- Residenzialità con compartecipazione</li><li>- Residenzialità senza compartecipazione</li><li>- Integrazione quota sociale</li><li>- Esoneri per servizi mensa e trasporto sociale, mensa sociale, servizi scolastici ed educativi;</li><li>- Inserimento socio assistenziali</li><li>- Prestazioni per disabili adulti con valutazione UVM</li><li>- Prestazioni per disabili adulti con valutazione UVM</li></ul></li><li>2 amministrativi e contabili;</li></ol>
<i>Comunicazione dei dati</i>	<p>I tuoi dati personali non saranno comunicati a terzi salvi i casi, descritti di seguito, in cui potremo comunicare i tuoi dati solo con il tuo consenso o secondo quanto richiesto o consentito dalle leggi applicabili o dal contratto, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ai nostri fornitori di servizi informatici per la gestione documentale;</li><li>• Soggetti istituzionali, quali:<ul style="list-style-type: none"><li>- Azienda USL Toscana Centro e altre Aziende USL e Ospedaliere</li></ul></li></ul>

- Comuni della SdS Empolese Valdarno Valdelsa e Unione dei Comuni
- Regione Toscana
- Autorità giudiziaria ( Tribunale dei minori, Procura della repubblica, Forze di polizia, Questure, Ambasciate e Consolati)
- Ministero della Salute e altri Ministeri interessati
- Istituti scolastici
- Gestori di servizi per la casa (Publicasa, Apes, ecc.)
- Gestori servizi elettrici, gas e acqua
- Inps

<b>Trasferimento internazionale dei dati</b>	I tuoi dati non saranno inviati all'estero ma verranno trattati unicamente all'interno del territorio italiano e/ o europeo.				
<b>Sicurezza</b>	Utilizziamo misure di sicurezza organizzative, amministrative, tecniche e fisiche per salvaguardare i tuoi dati e per garantire che questi siano elaborati in maniera tempestiva, accurata e completa. Chiediamo ai nostri Fornitori di servizi di salvaguardare i tuoi dati e di utilizzarli solo per gli scopi specificati.				
<b>Conservazione dei dati</b>	<p>Conserviamo i tuoi dati solo per il tempo necessario per la gestione del rapporto di lavoro, a meno che non siamo tenuti a conservarli per periodi più lunghi in conseguenza di leggi, regolamenti o se necessario per la risoluzione di contenziosi o accertamenti giudiziari.</p> <p>Nello specifico ti comuniciamo che i tuoi dati saranno conservati per i seguenti periodi:</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;"><b>Dati</b></th> <th style="text-align: center;"><b>Periodo di conservazione</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Istanze di prestazioni sociali e socio sanitarie</td> <td style="text-align: center;">10 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Dati</b>	<b>Periodo di conservazione</b>	Istanze di prestazioni sociali e socio sanitarie	10 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività
<b>Dati</b>	<b>Periodo di conservazione</b>				
Istanze di prestazioni sociali e socio sanitarie	10 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività				
<b>Accesso ai dati</b>	<p>Ti chiediamo di verificare regolarmente che i tuoi dati personali in nostro possesso siano corretti e aggiornati. Se rilevi che siano errati oppure incompleti potrai chiedere che vengano corretti, aggiornati oppure potrai richiedere che vengano rimossi dai nostri archivi.</p> <p>Potrai esercitare i tuoi diritti contattando direttamente i nostri uffici al seguente indirizzo <a href="mailto:sds.empolivaldarnonaldelsa@uscenro.toscana.it">sds.empolivaldarnonaldelsa@uscenro.toscana.it</a></p>				
<b>Diritti dell'interessato</b>	<p>Hai il diritto di accedere, aggiornare, cancellare, modificare o correggere i tuoi dati personali. Più in particolare, hai il diritto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• revocare il consenso per l'utilizzo dei tuoi dati personali in qualsiasi momento, laddove il trattamento sia basato sul tuo consenso. Tuttavia, un eventuale mancato conferimento o revoca dei dati personali raccolti ovvero di altri dati personali eventualmente richiesti nel corso del rapporto contrattuale, potrà comportare l'impossibilità per la nostra Società di instaurare e/ o proseguire, in tutto o in parte, il rapporto contrattuale ovvero, dare seguito alle richieste pre-contrattuali;</li> <li>• limitare e/ o opporsi all'utilizzo dei tuoi dati; <ul style="list-style-type: none"> <li>• richiedere una revisione manuale di alcune attività di elaborazione dati automatizzata che influisca sui tuoi diritti;</li> <li>• richiedere una copia dei tuoi dati personali detenuti dalla nostra Società;</li> <li>• revocare il tuo consenso a ricevere comunicazioni di marketing da parte della nostra Società.</li> </ul> </li> </ul>				
<b>Quesiti o reclami</b>	<p>Se intendi sottoporre domande in merito alla presente informativa sulla privacy o alle modalità con cui vengono gestiti i tuoi dati personali puoi contattare il Titolare del Trattamento, ai recapiti sopra indicati oppure il Responsabile delle Protezione dei dati.</p> <p>Hai inoltre diritto di contattare direttamente l'Autorità di controllo – Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Piazza di Monte Citorio n. 121 – 00186 Roma, tel. (+39) 06.696771, e-mail: <a href="mailto:garante@gpdp.it">garante@gpdp.it</a>, Posta certificata: <a href="mailto:protocollo@pec.gpdp.it">protocollo@pec.gpdp.it</a>.</p>				

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_