



**SOCIETA' DELLA SALUTE**  
**della Zona Fiorentina Nord Ovest**  
Via Gramsci 561 – Sesto Fiorentino (FI)  
(tel. 055 4498242 – fax 055 4498540)

**GESTIONE ASSOCIATA SERVIZI SOCIALI**

**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: .....

**COMUNE di** .....

la/il sottoscritta/o	..... C. F. ....
nata/o a	..... il .....
residente in <sup>(1)</sup>	..... 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 <sup>(2)</sup> .....

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

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

## CHIEDE

Il contributo<sup>(3)</sup> 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
CATEGORIA 1.: parti condominiali	<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		
	<input type="checkbox"/> 1.7 Altro <sup>(4)</sup> ..... ..... ..... .....		

	<b>AMBITO D'INTERVENTO</b>	<b>Opere edilizie</b>	<b>Attrezzature</b>
<b>CATEGORIA 2.: unità immobiliare</b>	<input type="checkbox"/> <b>2.1 Ingressi</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>2.2 Percorsi verticali</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>2.3 Percorsi orizzontali</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>2.4 Unità ambientali interne</b> <input type="checkbox"/> bagno <input type="checkbox"/> cucina <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> soggiorno <input type="checkbox"/> altro (4) .....		
	<input type="checkbox"/> <b>2.5 Unità ambientali esterne</b> <input type="checkbox"/> balcone, loggia, terrazzo <input type="checkbox"/> giardino <input type="checkbox"/> garage <input type="checkbox"/> altro <sup>(4)</sup> .....		
	<input type="checkbox"/> <b>2.6 Infissi</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>2.7 Terminali impiantistici</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>2.8 Altro<sup>(4)</sup></b> ..... ..... .....		

	<b>AMBITO D'INTERVENTO</b>	<b>Opere edilizie</b>	<b>Attrezzature</b>
<b>CATEGORIA 3.: autonomia domestica</b>	<input type="checkbox"/> <b>3.1 Sicurezza della persona<sup>(5)</sup></b>		
	<input type="checkbox"/> <b>3.2 Controllo degli accessi<sup>(6)</sup></b>		
	<input type="checkbox"/> <b>3.3 Gestione del benessere ambientale<sup>(7)</sup></b>		
	<input type="checkbox"/> <b>3.4 Comunicazione a distanza e tele-servizi<sup>8)</sup></b>		
	<input type="checkbox"/> <b>3.5 Automazione dei serramenti<sup>(9)</sup></b>		
	<input type="checkbox"/> <b>3.6 Arredi ed attrezzature<sup>(10)</sup></b>		
	<input type="checkbox"/> <b>3.7 Altro<sup>(4)</sup></b> ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....		



che gli comportano le seguenti difficoltà:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

<b>Categoria 1.</b>	<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"/>		
<b>Categoria 2.</b>	<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"/>
<b>Categoria 3.</b>	<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,<sup>(13)</sup> in quanto onerato della spesa per la realizzazione degli interventi, è:

a.  la/il sottoscritta/o richiedente

b.

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

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

via/piazza..... 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<sup>(14)</sup>

.....  
(luogo e data)

.....  
(firma leggibile)

## 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<sup>(11)</sup>
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)**