

**Società della Salute Zona Fiorentina
Nord Ovest**

Gestione Associata Servizi Sociali

Tel. 055.6930242 Fax. 055-6930540



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
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		
	AMBITO D'INTERVENTO	Opere edilizie	Attrezzature
	<input type="checkbox"/> 2.1 Ingressi		
	<input type="checkbox"/> 2.2 Percorsi verticali		

2.3 Percorsi orizzontali

CATEGORIA 2.: unità immobiliare	<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⁾		
		
	AMBITO D'INTERVENTO <input type="checkbox"/> 3.1 Sicurezza della persona⁽⁵⁾	<i>Opere edilizie</i>	Attrezzature

3.2 Controllo degli accessi⁽⁶⁾

3.3 Gestione del benessere ambientale ⁽⁷⁾

.4 Comunicazione a distanza e tele-servizi ⁽⁸⁾

3.5 Automazione dei serramenti ⁽⁹⁾

3.6 Arredi ed attrezzature ⁽¹⁰⁾

CATEGORIA 3.: autonomia domestica

- 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:

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

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 del Regolamento Ue 2016/679
Rivolta agli utenti della Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest

Descrizione del presente documento	<p>La tutela della privacy degli Utenti è per noi un aspetto fondamentale da salvaguardare. Con la presente informativa la Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest, quale Titolare del trattamento, vuole quindi descrivere come vengono raccolti, utilizzati, condivisi e conservati i dati che riguardano ciascun utente per le prestazioni e le attività sociali e socio sanitarie.</p> <p>La presente informativa viene redatta in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR) e potrà essere oggetto di periodici aggiornamenti che saranno prontamente comunicati.</p> <p>Titolare del trattamento è la Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest, con sede via A. Gramsci n. 561 - 50019 Sesto Fiorentino (FI), email sds.nordovest@asf.toscana.it; P.e.c. direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it;</p> <p>Responsabile della protezione dei dati è l'Avv. Michele Morriello, con sede in Firenze, viale A. Gramsci n. 53, email sds@dpo-rpd.eu, tel. (+39) 371 3057734.</p>
Titolare del Trattamento e Responsabile della protezione dei dati Fonte dei dati personali	<p>I dati personali che raccogliamo sono quelli che l'utente ci ha fornito al momento della sua istanza per l'erogazione delle prestazioni/attività/servizi sociali e socio sanitari. I dati che trattiamo sono:</p> <ul style="list-style-type: none">- dati identificativi: nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza e/o domicilio, codice fiscale, indirizzo email;- dati particolari idonei a rivelare origina razziale o etnica, lo stato di salute;- dati relativi alla situazione economica e patrimoniale per gli adempimenti richiesti dalla legge. <p>I dati personali dell'utente vengono trattati per l'esecuzione dei compiti propri Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest quale autorità pubblica (art. 6 Reg.Ue 2016/679), oppure ove a) sia necessario per l'esecuzione di un contratto o l'adempimento di un obbligo legale; b) per i nostri interessi legittimi, quali l'esercizio e la tutela dei nostri diritti legali; c) sia necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri</p>
Base giuridica e finalità del trattamento	<p>Nello specifico trattiamo i dati personali dell'utente per i seguenti scopi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. erogazione della prestazione sociale e socio sanitaria:<ul style="list-style-type: none">- Servizio Sociale Professionale- Interventi di sostegno economico- Servizi domiciliari e di supporto alla vita familiare e di relazione (Assistenza domiciliare; sostegno socio educativo territoriale e/o domiciliare; sostegno socio educativo scolastico; affidamento familiare; Welfare di prossimità: farmaci, pasti o spesa, pacchi alimentari, tele assistenza, servizi di accompagnamento; servizi di accompagnamento sociale)- Servizi residenziali e semi-residenziali (inserimento in strutture residenziali per anziani non autosufficienti ed adulti con disabilità, inserimento in strutture residenziali assistite per persone autosufficienti, centri diurni per anziani e adulti con disabilità, strutture residenziali e semi-residenziali per minori, strutture di accoglienza per soggetti fragili, vacanze per disabili)- Inserimenti socio - lavorativi- Progettazioni specifiche derivanti da finanziamenti speciali (Dopo di noi, PON FSE...)2. ogni altra attività assegnata alla Società della Salute F.na Nord Ovest;3. amministrativi e contabili;
Comunicazione dei dati	<p>I dati personali dell'utente non saranno comunicati a terzi, salvi i casi descritti di seguito, in cui potremo comunicare tali dati solo con il consenso dell'utente o secondo quanto richiesto o consentito dalle leggi applicabili o dal contratto, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none">- ai nostri fornitori di servizi informatici per la gestione documentale;- Soggetti istituzionali, quali:<ul style="list-style-type: none">- Azienda USL Toscana Centro;- Comuni componenti il Consorzio- Altre amministrazioni pubbliche con le quali possono intercorrere relazioni istituzionali finalizzate all'erogazione dei servizi (Regione Toscana, Autorità giudiziaria, istituzioni scolastiche, Inps, Inail, Ministeri, Casa Spa, Ambasciate e Consolati, Anac...)- Altri soggetti privati per l'esecuzione di prestazioni attuate per conto della Società della Salute.
Trasferimento internazionale dei dati	<p>I dati dell'utente non saranno inviati all'estero ma verranno trattati unicamente all'interno del territorio italiano e/o europeo.</p>

Sicurezza

Utilizziamo misure di sicurezza organizzative, amministrative, tecniche e fisiche per salvaguardare i dati dell'utente e per garantire che questi siano elaborati in maniera tempestiva, accurata e completa. Chiediamo ai nostri Fornitori di servizi di salvaguardare tali dati e di utilizzarli solo per gli scopi specificati.

Conservazione dei dati

Conserviamo i dati dell'utente solo per il tempo necessario riferito alla gestione e l'erogazione dei servizi che lo riguardano, salvo periodi di conservazione più lunghi in conseguenza di leggi, regolamenti o se necessario per la risoluzione di contenziosi o accertamenti giudiziari.

Nello specifico si comunica che tali dati saranno conservati per i seguenti periodi:

Dati	Periodo di conservazione
Istanze	10 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività
Accesso agli atti	5 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività
Richieste di valutazione	10 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività

Accesso ai dati	Chiediamo a ciascun utente di verificare regolarmente che i dati personali in nostro possesso siano corretti e aggiornati. Se viene rilevato un errore oppure se risultano incompleti, l'utente potrà chiedere che vengano corretti, aggiornati oppure rimossi dai nostri archivi. L'utente potrà esercitare i propri diritti contattando direttamente i nostri uffici al seguente indirizzo sds.nordovest@asf.toscana.it
Diritti dell'interessato	L'utente ha il diritto di accedere, aggiornare, cancellare, modificare o correggere i propri dati personali. Più in particolare, hai il diritto di: 1. revocare il consenso per l'utilizzo dei propri dati personali in qualsiasi momento, laddove il trattamento sia basato sul suo 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 Società della Salute di instaurare e/o proseguire, in tutto o in parte, il rapporto contrattuale ovvero, dare seguito alle richieste pre-contrattuali; 2. limitare e/o opporsi all'utilizzo dei propri dati; - richiedere una revisione manuale di alcune attività di elaborazione dati automatizzata che influisca sui propri diritti; - richiedere una copia dei propri dati personali da noi detenuti.
Quesiti o reclami	Se l'utente intende sottoporre domande in merito alla presente informativa sulla privacy o alle modalità con cui vengono gestiti i propri dati personali può contattare il Titolare del Trattamento, ai recapiti sopra indicati oppure il Responsabile della Protezione dei dati. L'utente ha 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: garante@gpdp.it , Posta certificata: protocollo@pec.gpdp.it

FIRMA consenso esplicito per il conferimento dei dati personali come sopra specificati

.....
(luogo e data)

.....
(firma leggibile)

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

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

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. benestare 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)