

Direzione dei Servizi Sociosanitari
Servizio sociale dei Comuni
dell'ambito territoriale
«Collinare»



Marca
da bollo
16,00 €

Al Responsabile del Servizio sociale dei Comuni
dell'ambito territoriale "Collinare"

Via Trento e Trieste 33
33038 SAN DANIELE DEL FRIULI (UD)

PEC: asufc@certsanita.fvg.it

Istanza di contributo per il finanziamento di progetti e interventi di domotica e digitalizzazione finalizzati a favorire la domiciliarità delle persone anziane non autosufficienti e delle persone con disabilità (legge regionale 10 agosto 2023 n. 10, art. 8, commi 58, 59 e 60)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente nel Comune di _____ Prov _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

Tel _____ Mail _____

In qualità di

soggetto beneficiario

Soggetto esercente la tutela, la curatela, l'amministrazione di sostegno, procura generale, responsabilità genitoriale a favore di _____

Nato/a _____ il _____

Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE di poter beneficiare del contributo per il finanziamento di progetti e interventi di domotica e digitalizzazione in una delle seguenti aree

<input type="checkbox"/>	acquisto di Impianto/sistema di domotizzazione per uso abitativo (gestione illuminazione, riscaldamento, elettrodomestici ecc. tramite il sistema domotico) e dispositivi/accessori ad integrazione del sistema (ad esclusione delle opere murarie);
<input type="checkbox"/>	acquisto e posizionamento di sensori wi-fi, segnalatori luminosi/acustici di gas domestici, fumi, monossido di carbonio e allagamento e videocamere interne connessi ad un sistema di alert in remoto;
<input type="checkbox"/>	acquisto di ausili domotici per autonomia domestica con eventuale controllo da remoto (cucina funzionale, piano cottura a induzione, elettrodomestici personalizzati, ecc.).

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, di cui agli artt. 75 e 76 del richiamato D.P.R., quanto segue

<input type="checkbox"/>	d'essere <i>oppure</i> che la persona per la quale si richiede il contributo è residente presso Comune di _____ Via/Piazza _____ n° _____
<input type="checkbox"/>	d'essere <i>oppure</i> che la persona per la quale si richiede il contributo è in possesso del riconoscimento di invalidità civile al 100% <input type="checkbox"/> d'esser persona che vive da sola <input type="checkbox"/> d'esser persona che vive con caregiver familiare convivente non in grado di garantire assistenza nelle 24 ore
<input type="checkbox"/>	d'essere <i>oppure</i> che la persona per la quale si richiede il contributo è persona con disabilità con certificazione prevista dalla L. 104/92 art.3 comma 3
<input type="checkbox"/>	d'essere <i>oppure</i> che la persona per la quale si richiede il contributo è in possesso di un'attestazione ISEE in corso di validità prot. INPS _____ del _____ in cui risulta un valore inferiore a 30.000 euro.
<input type="checkbox"/>	di accettare tutte le previsioni e condizioni dell'avviso

DICHIARA altresì che

DATI RELATIVI AL CONTRIBUTO	
Barrare la casella interessata e compilare il riquadro	
<input type="checkbox"/>	che gli interventi effettuati e/o le attrezzature acquistate corrispondono o sono analoghi a quelli previsti nella domanda di contributo dal bando
<input type="checkbox"/>	la spesa sostenuta NON riguarda dispositivi forniti dal Sistema Sanitario regionale, opere murarie/strutturali ovvero sottoscrizione di abbonamenti/canoni internet e/o a sistemi di assistenza vocale, noleggio e leasing delle apparecchiature
<input type="checkbox"/>	NON sono stati ottenuti, né richiesti altri contributi o benefici fiscali per la realizzazione degli stessi progetti e interventi di domotica e digitalizzazione per la stessa unità immobiliare e nucleo familiare
<input type="checkbox"/>	sono stati ottenuti o richiesti altri contributi o benefici fiscali per la realizzazione degli stessi progetti e interventi di domotica e digitalizzazione, per un importo pari a euro _____

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati
del Parlamento Europeo e del Consiglio d'Europa del 27 aprile 2016, n. 679 (GDPR)

e ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196
"Codice in materia di protezione dei dati personali",
come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

il

residente nel Comune di

in via/piazza

in qualità di

- diretto interessato
oppure di
 esercente la responsabilità genitoriale
 tutore
 curatore
 amministratore di sostegno

Di

nome e cognome

nato a

residente nel Comune di

in via/piazza

DICHIARA

di aver ricevuto e compreso l'informativa per il consenso al trattamento dei dati personali fornitagli/le e conseguentemente

ESPRIME IL CONSENSO

al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali propri e/o di suo/a figlio/a e/o della persona di cui è rappresentante legale (nome e cognome) necessari all'attività di approfondimento valutativo da parte dei servizi, alla predisposizione di un progetto personalizzato a favore di se stesso e/o di suo/a figlio/a/ e/o della persona di cui è il rappresentante legale e/o all'ottenimento di prestazioni sociali, socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie e/o all'attivazione di specifici interventi, servizi e progetti sociali, socio-assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari.

Inoltre, autorizzo gli operatori a poter effettuare contatti e incontri con soggetti diversi che si rendessero necessari nell'espletamento delle proprie funzioni.

Località e data

Firma Leggibile

.....

.....

Documento di identità n. _____ rilasciato il _____ da _____

Spazio riservato all'ufficio in caso di consenso manifestato oralmente

Il/La sottoscritto/a, in qualità di,
dichiara di aver consegnato il modulo avente ad oggetto l'informativa per il trattamento dei dati personali e di aver
ricevuto la manifestazione orale di consenso al trattamento da parte di (*indicare nome e cognome*)
....., nato a, il, identificato
previa esibizione di (*indicare gli estremi del documento di
riconoscimento*).

Località e data Firma leggibile

Località e data Firma

Documento di identità n. _____ rilasciato il _____