|  |  |
| --- | --- |
| **Direzione dei Servizi Sociosanitari**  **Servizio sociale dei Comuni**  **dell’ambito territoriale**  **«Gemonese, Canal del Ferro-Val Canale»** |  |

Marca

da bollo

16,00 €

**Al Responsabile del Servizio sociale dei Comuni**

**dell’ambito territoriale del Gemonese, Canal del Ferro-Val Canale**

**piazzetta Baldissera, 2**

**33013 Gemona del Friuli**

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **□** | 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); |
| **□** | 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; |
| **□** | 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**

|  |  |
| --- | --- |
| **□** | **d’essere *oppure* che la persona per la quale si richiede il contributo è**  residente presso Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | **d’essere *oppure* che la persona per la quale si richiede il contributo è** **in possesso del riconoscimento di invalidità civile al 100%**  □ d’esser persona che vive da sola  □ d’esser persona che vive con caregiver familiare convivente non in grado di garantire assistenza nelle 24 ore |
| □ | **d’essere *oppure* 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 |
| **□** | **d’essere *oppure* 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. |
| **□** | di accettare tutte le previsioni e condizioni dell’avviso |

**DICHIARA altresì che**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATI RELATIVI AL CONTRIBUTO**  Barrare la casella interessata e compilare il riquadro | | |
| **□** | che gli interventi effettuati e/o le attrezzature acquistate corrispondono o sono analoghi a quelli previsti nella domanda di contributo dal bando | |
| **□** | 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 | |
| **□** | 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 | |
| **□** | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Specificare il contributo ottenuto/richiesto:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **□** | che la documentazione di spesa allegata è corrispondente agli originali delle fatture | |
| **che la spesa** **complessiva** **per progetti e interventi di domotica e digitalizzazione è stata pari a**  **€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **Informativa privacy**  Barrare le caselle | | |
| **□** | | d’aver preso visione della relativa informativa presente nell’avviso. |

**CHIEDE** che il contributo sia accreditato mediante

|  |
| --- |
| **Coordinate bancarie** |
| □ Conto corrente Bancario □ Conto corrente Postale  Banca (o Poste Italiane Spa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Filiale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IBAN   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**ALLEGA** alla presente domanda (**barrare**):

* fattura o ricevuta fiscale o scontrino “parlante” (con l’indicazione del codice fiscale del richiedente /beneficiario oltre alle tipologie di prodotti acquistati) relativi alla spesa sostenuta;
* autorizzazione del proprietario alla realizzazione degli interventi, nel caso di immobile in locazione (o altro diritto di godimento);
* carta d’identità del richiedente qualora non sottoscritta digitalmente.

**SI IMPEGNA**

* a non richiedere benefici fiscali per la quota parte di contributo concessa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data |  | IL RICHIEDENTE |
|  |  |  |

*Ai sensi dell’art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2020, la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all’ufficio competente unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. Si informa che ai sensi e per gli effetti dell’articolo 13 del decreto legislativo 196/2003 e dell’articolo 13 e ss. del Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.) i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici*

**DICHIARAZIONE DI 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Località e data  ................................................................................... | Firma leggibile  ........................................................................................ |

*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 ....................................................................