

**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](mailto: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"/>	<b>d'essere <i>oppure</i> che la persona per la quale si richiede il contributo è</b> residente presso Comune di _____ Via/Piazza _____ n° _____
<input type="checkbox"/>	<b>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%</b> <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"/>	<b>d'essere <i>oppure</i> che la persona per la quale si richiede il contributo è</b> persona con disabilità con certificazione prevista dalla L. 104/92 art.3 comma 3
<input type="checkbox"/>	<b>d'essere <i>oppure</i> che la persona per la quale si richiede il contributo è</b> 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**

<b>DATI RELATIVI AL CONTRIBUTO</b>	
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 \_\_\_\_\_*