



Regione Toscana



Comune di Pisa

Marca da bollo  
valore vigente  
€16,00

### Schema di DOMANDA

#### PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO PER L'ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE – ANNO 2022 – COMUNE DI PISA

ai sensi dell'avviso pubblico per l'anno 2022, della legge regionale 9 settembre 1991, n.47 e del relativo Regolamento n. 11/r/2005 di attuazione dell'articolo 5–quater.

#### DA CONSEGNARE A:

Società della salute Zona Pisana  
Azienda Usl Toscana nord ovest Zona Pisana  
U.C. Attività Socio –Assistenziali e  
Abbattimento Barriere Architettoniche  
Via Saragat n. 24 – Pisa  
Tel. 954032 - 954061  
Mail: [michela.deri@uslnordovest.toscana.it](mailto:michela.deri@uslnordovest.toscana.it)

Codice di riferimento ai fini della graduatoria : \_\_\_\_\_  
(da inserire a cura dell'Ufficio)

#### Alla Società della salute Zona Pisana

la/il sottoscritta/o	.....	C. F.	.....
nata/o a	.....	il	.....
residente in <sup>(1)</sup>	.....	in via	.....
telefono	.....	e-mail	.....

Ai sensi degli articoli 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 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

## DICHIARA

in qualità di:	<input type="checkbox"/>	proprietario
	<input type="checkbox"/>	locatario
	<input type="checkbox"/>	altro <sup>(2)</sup> .....

nell'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)

Che la situazione reddituale risultante dall'ultima dichiarazione dei redditi presentata ai fini delle imposte sui redditi delle persone fisiche della persona disabile che chiede il contributo o del familiare che lo dichiara a proprio carico ai sensi dell'articolo 13 del D.P.R. 917/1986: è pari ad euro ..... (indicare il reddito imponibile; è data facoltà di allegare copia della dichiarazione reddituale).

## 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
<b>CATEGORIA 1.: parti condominiali</b>	<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"/> <b>1.5 Segnalazioni per l'orientamento</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>1.6 Segnalazioni di pericolo</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>1.7 Altro<sup>(4)</sup></b> ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....		

Edilizia	AMBITO D'INTERVENTO	Opere edilizie	Attrezzature	
	<input type="checkbox"/>	2.1 Ingressi		
	<input type="checkbox"/>	2.2 Percorsi verticali		
	<input type="checkbox"/>	2.3 Percorsi orizzontali		
	<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"/>	2.6 Infissi		
	<input type="checkbox"/>	2.7 Terminali impiantistici		

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



## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Articolo 13 Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 (RGPD)

Ai sensi del **Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016** i dati personali dichiarati dai richiedenti saranno utilizzati al fine della definizione dei procedimenti amministrativi in corso e dei controlli previsti dalla Legge. Le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad Enti e/o soggetti pubblici nei limiti previsti da norme di Leggi o Regolamenti, ovvero quando ciò risulti necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali.

I richiedenti, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28/12/00, dichiareranno di essere consapevoli della propria responsabilità penale e che, nel caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti ed uso di atti falsi, decadranno dai benefici eventualmente ottenuti.

Il titolare del trattamento è la SdS Zona Pisana. Il responsabile del trattamento dei dati è il dr. Pasquale Scarmozzino.

Il Sottoscritto infine esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

**La/il richiedente**

.....  
.....

(luogo e data)

.....  
.....

(firma leggibile)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

la/il sottoscritta/o ..... C. F. ....  
 .....  
 richiedente il contributo regionale ai sensi dell'art. 2 del Regolamento di attuazione della L.R. 47/1991

Essendo stata/o riconosciuta/o dalla autorità competente:

1.	<input type="checkbox"/>	Persona non deambulante con disabilità totale
2.	<input type="checkbox"/>	Persona con menomazione o limitazione permanente di tipo fisico o sensoriale o cognitivo
	2.a	<input type="checkbox"/> Disabilità grave
	2.b	<input type="checkbox"/> Disabilità completa

come da certificazione allegata

**DICHIARA**

- che nell'immobile in cui è residente (o in cui assumerà la residenza entro tre mesi dal momento della comunicazione del Comune dell'ammissione al contributo quale beneficiario)

sito in .....	via /piazza .....	n. ....
.....	.....	...
piano ... interno ... telefono .....		
... ..		

sono presenti le seguenti barriere architettoniche:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

che gli comportano le seguenti difficoltà:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

- che, al fine di rimuovere tali ostacoli, intende realizzare i seguenti interventi (riferimento: 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:

- la/il sottoscritta/o richiedente
- 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 SdS **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);
- che la **Graduatoria sarà consultabile via internet tramite i siti rispettivamente del Comune di Pisa e della Società Della Salute Zona Pisana.**

I dati personali conferiti con il presente modulo saranno trattati nel rispetto del regolamento UE privacy 679 2016. Il titolare del trattamento dei dati personali nell'ambito di questo procedimento è la Sds Zona Pisana ed il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore della Società della Salute zona pisana.

**la/il richiedente**

.....  
 .....  
 (firma leggibile)

**l'avente diritto al contributo<sup>(14)</sup>**

.....  
 .....  
 (luogo e data)

.....  
 .....  
 (firma leggibile)

## 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)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. n. 445/2000)**

Io sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

valendomi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28/12/2000 n° 445, consapevole delle sanzioni stabilite per le false attestazioni e per le dichiarazioni mendaci, previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia:

**DICHIARO**

1. Di essere a conoscenza del “Regolamento di attuazione dell'articolo 5 quater della Legge regionale 9.9.1991 n. 47 – Norme sull'eliminazione barriere architettoniche “ e in particolare dell'art . 6 comma 4” nel quale si prevede che “ A ciascun richiedente, Sotto la mia personale responsabilità: così come previsto dal regolamento regionale n. per la stessa unità immobiliare, può essere concesso un solo contributo derivante dal fondo regionale”
  
2. Di non aver percepito, a partire dal 2005, alcun contributo regionale per l'abbattimento delle barriere architettoniche relativo all'immobile situato a Pisa in via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

in fede

\_\_\_\_\_