

Azienda USL Toscana Centro

Modulo di Domanda SPESE 2022 in esenzione bollo ex art.8 comma 3 allegato B del D.P.R. n.642/72

All'Azienda USL Toscana centro
Dipartimento Area Tecnica
SOC Patrimonio
Centro Regionale Accessibilità

Oggetto: Domanda di contributo per le spese effettuate nell'anno 2022 di cui alla Legge regionale 28 dicembre 2017, n.81 "Interventi atti a favorire la mobilità individuale e l'autonomia personale delle persone con disabilità"

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il / /

Codice Fiscale

Residente nel comune di Provincia

Via/Piazza n. CAP

Telefono Cellulare

Indirizzo E-mail

Indirizzo PEC

In qualità di

- └ persona con disabilità motoria permanente, in qualità di richiedente
 - └ senza patente di guida
 - └ in possesso di patente di guida categoria.....speciale,
Numero.....rilasciata
da.....in
data...../...../..... con scadenza...../...../.....;
- └ intestatario del mezzo per il quale è richiesto il contributo e genitore o componente del nucleo familiare, ai fini ISEE, della persona con disabilità motoria permanente:
Nome.....Cognome.....
- └ Nata/o ail...../...../.....
Residente nel comune di.....Provincia.....
Via/Piazza.....n.....CAP.....
- └ Genitore/tutore della persona con disabilità motoria permanente:
Nome.....Cognome.....
Nata/o ail...../...../.....
Residente nel comune di.....Provincia.....
Via/Piazza.....n.....CAP.....

CHIEDE un contributo per

- └ A. acquisto di autoveicolo:
 - └ nuovo adattato
 - └ nuovo da adattare
 - └ usato adattato
 - └ usato da adattare
- └ B. modifica degli strumenti di guida;
- └ C. modifica dell'autoveicolo di proprietà di un genitore o di un componente del nucleo familiare della persona con disabilità, necessario al trasporto del portatore di handicap, con incapacità motoria permanente e non titolare di patente;
- └ D. conseguimento della patente di guida delle categorie A, B o C speciali.

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di falsità negli atti e l'uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA di

- a) che il beneficiario del contributo è persona con disabilità motoria permanente;
- b) essere residente in Toscana, in modo continuativo da almeno dodici mesi dal **1° gennaio dell'anno 2022**;
- c) nel caso che il richiedente sia un familiare o componente nucleo familiare, lo stesso deve essere residente nel nucleo familiare ai fini ISEE della persona con disabilità motoria permanente;
- d) non aver presentato domanda di contributo per le stesse finalità nei 24 mesi precedenti ad altre pubbliche amministrazioni;
- e) che eventuali cointestatari del mezzo non hanno effettuato richieste per interventi simili alle fattispecie di cui alle lettere a), b) o c) nei 24 mesi precedenti e/o non essere stati beneficiari di cui ai precedenti bandi 2021 o 2022;
- f) che il mezzo per il quale si chiede il contributo è il seguente: marca.....
modello..... targa..... intestato
a.....
anno di immatricolazione.....
- g) essere consapevole che per beneficiare del contributo, alla data di erogazione dello stesso, non si deve essere proprietario di altro veicolo adattato;
- h) di avere un valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) riferito al nucleo familiare del beneficiario calcolato secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 159/2013 e del D.M. 7/11/2014) pari a
€.....

Il dichiarante chiede che la liquidazione del contributo avvenga mediante:

- Accredito su c/c bancario o postale n.
Intestato a
Presso la Banca/Banco Posta
con Sede/Agenzia/Filiale di
codice IBAN

Ai fini della validità della richiesta **ALLEGA** alla presente:

- Copia di documento di identità in corso di validità della persona che sottoscrive la domanda;
- Copia fattura, ricevuta fiscale o altra documentazione comprovante la spesa effettuata nell'anno 2022;
- copia della Patente di Guida speciale limitatamente alle richieste di cui alla lettera b) del paragrafo 2.1 dell' Avviso Pubblico ai sensi dell' art.6 del regolamento 23/R/2019, attuativo della L.R

81/2017;

- copia della carta di circolazione limitatamente alle lettere a), b) o c) del paragrafo 2.1 dell'Avviso Pubblico ai sensi dell' art.6 del regolamento 23/R/2019, attuativo della L.R 81/2017;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

- Eventuale copia dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE)
- Eventuale copia del certificato della Commissione per le patenti speciali.

Data...../...../.....

Firma (leggibile)

.....

Modalità di invio della domanda:

- **Posta elettronica certificata (PEC)** all'indirizzo:
centroregionale.accessibilita@postacert.toscana.it
- **Consegna a mano** presso l'Ufficio Protocollo dell'Azienda USL Toscana centro, sito in Piazza Brunelleschi n. 1 – 50121 Firenze dal lunedì al venerdì in orario 9:00-13:00

Per **informazioni** contattare:

CRA Centro Regionale Accessibilità telefonando ai seguenti recapiti:

055/8787279 -335/6984984

oppure inviando una mail all'indirizzo: cra@regione.toscana.it

Dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 12:30

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

in relazione alla erogazione dei contributi di cui alla Legge Regione Toscana n. 81/2017.

Premessa

Nell'ambito dei progetti regionali in materia di accessibilità e barriere architettoniche, con L.R. n. 60/2017 la Regione Toscana ha istituito il Centro Regionale per l'Accessibilità (CRA) la cui progettazione, organizzazione e gestione è affidata all'Azienda USL Toscana Centro.

Titolare del Trattamento dei dati personali è l'Azienda Usl Toscana Centro ("AUSL TC"), con sede a Firenze in Piazza Santa Maria Nuova n. 1, P.E.C. direzione.uslcentro@postacert.toscana.it.

Responsabile della protezione dei dati, designato dall'AUSL TC è l'Avv. Michele Morriello, email responsabileprotezionedati@uslcentro.toscana.it

Finalità e basi giuridica del trattamento. I dati personali forniti nell'ambito del procedimento volto all'esame della domanda e all'eventuale erogazione del contributo come richiesti dalla modulistica allegata all'avviso pubblico, saranno trattati per la specifica finalità di erogazione di contributi finanziari volti a favorire la mobilità, autonoma o assistita, delle persone con disabilità. La base giuridica, ovvero la condizione di liceità del trattamento, si rinviene nell'esecuzione di un compito di interesse pubblico (art. 6, par. 1, lettera e) Reg.UE 2016/679); per quanto riguarda le categorie particolari di dati personali (es. dati relativi allo stato di salute) questi saranno trattati sia per la fase istruttoria sia per la gestione del procedimento, nel rispetto dei principi stabiliti dalla normativa, in quanto necessari per motivi di interesse pubblico rilevante (art. 9, par. 2 lettera g) Reg.UE 2016/679) come specificato dall'art. 2-sexies, comma 2, lettera m) D.Lgs 196/2003, ovvero per la "*concessione (...) di benefici economici, agevolazioni, elargizioni, altri emolumenti e abilitazioni?*".

Referenti e persone autorizzate (incaricati) del trattamento. L'AUSL TC, quale Titolare del trattamento, nell'ambito della propria autonomia organizzativa anche ai sensi dell'art. 2-*quaterdecies* D.Lgs 196/2003, ha individuato nel direttore pro tempore o facente funzioni della SOC Patrimonio. Il personale coinvolto al trattamento dei dati è stato opportunamente autorizzato e specificamente nominato.

Modalità di trattamento. I Suoi dati sono oggetto di trattamento da parte dei soggetti autorizzati con modalità e strumenti informatici e cartacei. Non saranno trattati con processi decisionali automatizzati,

compresa la profilazione.

Periodo di conservazione. I dati personali raccolti per il perseguimento delle finalità sopra indicate, verranno archiviati e conservati nel rispetto della normativa vigente per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati.

Ambito di comunicazione e trasferimento verso Paesi extra UE. Nello svolgimento delle attività proprie del progetto, i Suoi dati personali potranno essere comunicati alla Regione Toscana, in forma anonimizzata e/o pseudonimizzata, per il perseguimento delle finalità istituzionali proprie della stessa ovvero per la verifica di efficacia delle misure di sostegno previste dalla L.R.T. 81/2017. Potranno essere altresì comunicati, ove previsto da specifiche disposizioni di legge ed anche per finalità di controllo sulla veridicità delle informazioni comunicate, ad altri soggetti istituzionali, previdenziali e assicurativi (es. INPS, INAIL). Ove si renda necessario il ricorso a soggetti privati esterni, il Titolare del trattamento provvederà a designare quest'ultimi quali Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 Reg.UE 2016/679. I suoi dati personali non sono oggetto di trasferimento verso Paesi extra UE o organizzazioni internazionali. Ove questo si rendesse necessario, il Titolare del trattamento garantisce il rispetto di quanto previsto dal Capo V del Regolamento citato.

Diritti dell'interessato. L'interessato ha diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai propri dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento, la portabilità dei dati; ha diritto di opporsi al trattamento e di proporre un reclamo all'Autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali). Per l'elenco completo ed esaustivo dei diritti esercitabili dall'interessato si rimanda agli art. 15 e ss. del Reg.UE 2016/679.

Modalità di esercizio dei diritti. L'interessato potrà esercitare i sopra richiamati diritti inviando una comunicazione email al Responsabile della protezione dei dati, al Titolare del trattamento oppure al Referente all'indirizzo cra@regione.toscana.it

Natura del conferimento dei dati. Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo, ma necessario per le finalità sopra indicate. Il mancato conferimento, integrale o parziale, comporterà l'impossibilità di gestire la Sua domanda.

Data...../...../.....

Firma (leggibile)

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (ai sensi dell' art. 47 del D.P.R. 445/2000)

II/La sottoscritto/a

Cognome

Nome,

C.F.:.....

nato/a..... Prov.....il.....,

residente a..... in Via.....n.....,

tel.....

In qualità di

└ Persona con disabilità motoria permanente

└ Genitore/tutore della persona con disabilità motoria permanente:

Nome.....Cognome.....

C.F.:.....

nato/a.....Prov.....il.....

└ residente a.....inVia.....n.....,

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art 47 del D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

che al/alla/sottoscritto/a o al figlio/a/tutelato/a è stato riconosciuto lo stato di:

└ invalidità civile con una percentuale pari

al.....

tipologia:..... con certificato

n°.....rilasciato in

data.....da.....

.....
(specificare: struttura sanitaria - Azienda Sanitaria Locale - INPS);

└ invalidità civile con una percentuale pari al.....rivedibile dopo
.....mesi dal.....

tipologia:..... con certificato

n°.....rilasciato in

data.....da.....

.....

..... (specificare: struttura sanitaria - Azienda Sanitaria Locale - INPS) ;

└ Portatore di handicap (ai sensi della Legge 05.02.1992, n° 104) con certificato

n°.....rilasciato in

data.....da.....

.....

..... (specificare: struttura sanitaria - Azienda Sanitaria Locale - INPS)

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare ogni eventuale variazione relativa al suo stato di invalidità civile o di portatore di handicap.

Il / La sottoscritto / a allega alla presente fotocopia del documento di identità personale.

Data

.....

Il Dichiarante

.....

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e ai sensi dell'art. 39, comma 1, del D.P.R. 445/2000 sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione.