

Allegato 2

Marca da bollo
Euro 16,00



REGIONE TOSCANA

Giunta Regionale

**COMUNE DI SAN GIULIANO TERME
PROVINCIA DI PISA**

Via G.B. Niccolini, 29 – 56017 San Giuliano Terme (PI)

Tel. 050-819111 – Fax 050-819220

<http://www.comune.sangilianoterme.pisa.it>

Schema di DOMANDA

**PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO ANNO
2026**

**AI SENSI DEL REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE
DELL'ARTICOLO 5-QUATER DELLA LEGGE REGIONALE 9 SETTEMBRE 1991, N.47:
“NORME SULL'ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE”.**

AI Comune di SAN GIULIANO TERME (PI)

URP E PROTOCOLLO

Via Giovanni Battista Niccolini, 25

all'attenzione del SETTORE II SERVIZI ALLA PERSONA

U.O. SERVIZIO SOCIALE

PEC comune.sangianotermes@postacert.toscana.it

oppure (*nei casi in cui non si disponga di pec*)

e mail [protocollo@comune.sangianotermes.pisa.it.](mailto:protocollo@comune.sangianotermes.pisa.it)

Codice di riferimento ai fini della graduatoria : (numero di protocollo).....

| | | |
|-----------------------------|-------|--------------|
| la/il sottoscritta/o | | C. F. |
| nata/o a | | il |
| residente in ⁽¹⁾ | | 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 veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

(barrare la casella e/o l'opzione)

| | |
|----------------|---|
| in qualità di: | <input type="checkbox"/> Proprietario |
| | <input type="checkbox"/> Locatario |
| | <input type="checkbox"/> altro ⁽²⁾ |

nell'immobile di proprietà di:

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

quale:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | persona disabile con menomazione o limitazione permanente di carattere fisico (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 di carattere sensoriale (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 di carattere cognitivo (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 con disabilità 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 (3) previsto dagli articoli:
(barrare la casella)

9

10

del Regolamento del d.p.g.r. 11/R/2005, 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.

.....
(luogo e data)

la/il richiedente
.....

(firma leggibile)

DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI

CATEGORIA 1.: parti condominiali

| AMBITO D'INTERVENTO | Opere edilizie | Attrezzature |
|---|-----------------------|---------------------|
| <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"/> 1.5 Segnalazioni per l'orientamento | | |
| <input type="checkbox"/> 1.6 Segnalazioni di pericolo | | |
| <input type="checkbox"/> 1.7 Altro⁽⁴⁾ | | |

| | | | |
|--|----------------|--|--|
| | | | |
| | | | |

| AMBITO D'INTERVENTO | Opere edilizie | Attrezzature |
|---|-----------------------|---------------------|
| CATEGORIA 2.: unità immobiliare | | |
| <input type="checkbox"/> 2.1 Ingressi | | |
| <input type="checkbox"/> 2.2 Percorsi verticali | | |
| <input type="checkbox"/> 2.3 Percorsi orizzontali | | |
| <input type="checkbox"/> 2.4 Unità ambientali interne <input type="checkbox"/> bagno <input type="checkbox"/> cucina <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> soggiorno <input type="checkbox"/> altro (4) | | |
| <input type="checkbox"/> 2.5 Unità ambientali esterne <input type="checkbox"/> balcone, loggia, terrazzo <input type="checkbox"/> giardino <input type="checkbox"/> garage <input type="checkbox"/> altro ⁽⁴⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> 2.6 Infissi | | |
| <input type="checkbox"/> 2.7 Terminali impiantistici | | |
| <input type="checkbox"/> 2.8 Altro⁽⁴⁾ | | |

| AMBITO D'INTERVENTO | Opere edilizie | Attrezzature |
|---|-----------------------|---------------------|
| CATEGORIA 3.: autonomia domestica | | |
| <input type="checkbox"/> 3.1 Sicurezza della persona⁽⁵⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> 3.2 Controllo degli accessi⁽⁶⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> 3.3 Gestione del benessere ambientale⁽⁷⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> 3.4 Comunicazione a distanza e tele-servizi⁽⁸⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> 3.5 Automazione dei serramenti⁽⁹⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> 3.6 Arredi ed attrezzi⁽¹⁰⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> 3.7 Altro⁽⁴⁾ | | |

ALLEGATI RICHIESTI

1. fotocopia documento di identità in corso di validità
2. copia conforme del certificato rilasciato dall'autorità competente attestante che il richiedente è persona non deambulante con disabilità totale, ovvero attestante la menomazione o limitazione permanente di carattere fisico o di carattere sensoriale o di carattere cognitivo del richiedente⁽¹¹⁾
3. preventivo di spesa e progetto dettagliato relativi alle opere edilizie direttamente finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche (art. 9 del Regolamento)
4. preventivo di spesa e documentazione tecnica relativi all'acquisto e all'installazione di attrezzature finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche (art. 10 del Regolamento)
5. eventuale copia conforme della dichiarazione dei redditi della persona disabile che chiede il contributo o del familiare che lo dichiara a proprio carico ai sensi dell'articolo 12-13 del D.P.R. 917/1986
6. benestare del proprietario dell'unità immobiliare alla realizzazione degli interventi (da allegare solo nel caso di richiedente diverso dal proprietario)

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. 196/2003
E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46-48 D.P.R. n. 445/2000)**

la/il sottoscritta/oC. F.

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

DICHIARA

- di essere 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 |

- 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)

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)⁽¹²⁾

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Categoria 1. <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 1.2 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 1.3 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 1.4 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 1.6 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 1.7 <input type="checkbox"/> | |
| Categoria 2. <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2.2 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2.3 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2.4 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2.5 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2.6 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2.7 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2.8 <input type="checkbox"/> |
| Categoria 3. <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 3.4 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 3.6 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 3.7 <input type="checkbox"/> | |

• che tali interventi non sono stati eseguiti né sono in corso di opera e che le attrezziature non sono state acquistate;

• che avente diritto al contributo,⁽¹³⁾ in quanto onerato della spesa per la realizzazione degli interventi, è:

a. la/il sottoscritta/o richiedente

b. la/il sig.ra/e..... nata/o ail.....

C.F.....residente in..... via/piazza..... cap.....

in qualità di: b.1 esercente la tutela, la potestà ovvero l'amministrazione di sostegno nei confronti della persona disabile

b.2 proprietario

b.3 amministratore del condominio

b.4 altro.....

• di essere a conoscenza che il contributo regionale sarà erogato dal Comune **dopo l'esecuzione delle opere edilizie e/o dopo l'acquisto e l'installazione delle attrezziature**, sulla base della documentazione attestante le spese SOSTENUTE (fatture quietanzate).

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), La informiamo che i dati personali forniti saranno trattati nel rispetto della normativa vigente e secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza.

Il titolare del trattamento è il Comune di San Giuliano Terme (PI), con sede in Via G.B.Niccolini, n. 25 – 56017, in persona del Sindaco in carica, pec: comune.sangianuanoterme@postacert.toscana.it; email: protocollo@comune.sangianuanoterme.pisa.it - Centralino 050 819111.

Responsabile della Protezione dei dati (RPD) Dott. Giulio Elmini. Il responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente competente del settore specifico e/o tematico al quale si riferiscono le informazioni, le pubblicazioni ed ogni altro dato, secondo gli atti di organizzazione vigenti.

la/il richiedente

.....
(firma leggibile)

l'avente diritto al contributo⁽¹⁴⁾

.....
(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)