



Amministrazione destinataria
Comune di Cento

Ufficio destinatario

Domanda di concessione di contributi per l'adattamento domestico dei disabili

Ai sensi dell'articolo 10 della Legge regionale 21/08/1997, n. 29

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
in qualità di											
Ruolo											
<input type="radio"/> persona riconosciuta in situazione di handicap grave											
<input type="checkbox"/> fisica											
<input type="checkbox"/> psichica											
<input type="checkbox"/> sensoriale											
<input type="radio"/> persona esercente la potestà o tutela o amministratore di sostegno della seguente persona											
<input type="checkbox"/> persona riconosciuta in situazione di handicap grave											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Tipologia di disabilità											
<input type="checkbox"/> fisica											
<input type="checkbox"/> psichica											
<input type="checkbox"/> sensoriale											

CHIEDE

un contributo pari al 50% della spesa sostenuta per l'acquisto di

<input type="checkbox"/>	strumentazioni tecnologiche ed informatiche per il controllo dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane
Descrizione strumentazioni acquistate	
<input type="checkbox"/>	ausili, attrezzature e arredi personalizzati che permettono di risolvere le esigenze di fruibilità della propria abitazione
Descrizione ausili, attrezzature o arredi acquistati	
<input type="checkbox"/>	attrezzature tecnologicamente idonee per avviare e svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione presso il proprio domicilio, qualora la gravità della disabilità non consenta lo svolgimento di tali attività in sedi esterne
Descrizione attrezzature acquistate	
Motivazioni per le quali l'attività può essere svolta solo al domicilio	
<input type="checkbox"/>	gravi limitazioni della mobilità non compatibili con frequenti spostamenti
<input type="checkbox"/>	dipendenza continuativa dall'uso di attrezzature/ausili sanitari non mobili
<input type="checkbox"/>	disagevoli condizioni logistico/territoriali per il raggiungimento di sedi esterne
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)
Importo complessivo spese sostenute	
€	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che la condizione economica del nucleo familiare è

Importo ISEE	Data di rilascio	Data fine validità
€		
Numero componenti nucleo familiare		

che per le soluzioni tecniche di cui sopra non sono stati chiesti contributi ad altri enti

di avere rapporti stabili di assistenza con

Cognome	Nome	Codice Fiscale

di provvedere abitualmente al trasporto della persona suddetta

Numero di volte per settimana

che il conto corrente Bancario e/o Postale da utilizzare per l'erogazione dell'eventuale contributo

Istituto		
IBAN		
Codice BIC (swift) (se conto estero)		
Intestatario del conto corrente		
<input type="radio"/>	il sottoscritto è intestatario del conto corrente	
<input type="radio"/>	l'intestatario del conto corrente è	
	Cognome	Nome
		Codice Fiscale

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	copia della certificazione medica attestante handicap grave
<input checked="" type="checkbox"/>	documentazione attestante le spese sostenute
<input type="checkbox"/>	documentazione relativa alle caratteristiche tecniche e commerciali dell'ausilio, attrezzatura o arredo richiesto
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Cento

Luogo

Data

Il dichiarante