

ALLEGATO 2

Domanda per interventi infrastrutturali a favore di persone con disabilità grave e prive del sostegno familiare residente nell'Ambito territoriale del Corsichese - Legge N. 122/2016 "DOPO DI NOI", a valere sui fondi 2018, 2019 e 2020.

La/Il sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ @mail _____

In qualità di Rappresentante legale dell'Ente /Associazione:

Nome/Ragione sociale _____

Sede legale via: _____ Codice fiscale _____

Partita IVA (se pertinente) _____ Oggetto sociale _____

Telefono _____ Fax _____ @mail _____

Sito web _____

CHIEDE

B sub b) Interventi di adeguamento per la fruibilità dell'ambiente domestico

(contributo fino a massimo € 20.000 per unità immobiliare, non superiore al 70% del costo dell'intervento)

Tipologia di alloggio per cui si chiede l'intervento (barrare la casella di interesse):

- Gruppo appartamento/Soluzione abitativa in Cohousing/Housing, di proprietà Enti Pubblici, Privati no Profit/reti associative di Famiglie/Famiglia
- Abitazione di proprietà della persona disabile grave messa a disposizione per esperienze di coabitazione di cui al presente avviso

A favore di:

• **Soggetto Beneficiario N.1**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a un familiare (compilazione facoltativa)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a eventuale soggetto che ne garantisce la protezione giuridica (compilare se pertinente)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ @mail _____

• **Soggetto Beneficiario N.2**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a un familiare (compilazione facoltativa)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a eventuale soggetto che ne garantisce la protezione giuridica (compilare se pertinente)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ @mail _____

• **Soggetto Beneficiario N.3**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a un familiare (compilazione facoltativa)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a eventuale soggetto che ne garantisce la protezione giuridica (compilare se pertinente)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ @mail _____

• **Soggetto Beneficiario N.4**

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
Via/le/P.zza _____ Telefono _____
Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a un familiare (compilazione facoltativa)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
Via/le/P.zza _____ Telefono _____
Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a eventuale soggetto che ne garantisce la protezione giuridica (compilare se pertinente)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
Via/le/P.zza _____ Telefono _____
Codice fiscale _____ @mail _____

• **Soggetto Beneficiario N.5**

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
Via/le/P.zza _____ Telefono _____
Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a un familiare (compilazione facoltativa)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
Via/le/P.zza _____ Telefono _____
Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a eventuale soggetto che ne garantisce la protezione giuridica (compilare se pertinente)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
Via/le/P.zza _____ Telefono _____
Codice fiscale _____ @mail _____

a tal fine

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che:

- L'abitazione per cui si richiede l'intervento è destinata a persone **disabili gravi** ai sensi **della Legge 104/92 art.3 c.3**, con età compresa tra i 18 e i 64 anni e con una patologia relativa alla disabilità che non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- Di essere proprietario/a dell'immobile
- Per lo stesso intervento non sono stati richiesti altri contributi a carico di risorse nazionali/regionali (es: L.R. 23 art 4- C.4 e 5- strumenti tecnologicamente avanzati, eliminazione barriere architettoniche)
- La disponibilità a non alienare e a vincolare la destinazione d'uso dell'immobile per le finalità del progetto per almeno 5 anni dalla data di assegnazione del contributo salva apposita autorizzazione della Regione Lombardia ai sensi dell'art. 25 della L.R. n.3/2008

Il progetto che intende realizzare per i beneficiari è il seguente (fornire breve descrizione del progetto di sostegno che l'ente intende realizzare e indicazione puntuale dei tempi di realizzazione, in particolare rispetto all'individuazione dei beneficiari)

ALLEGA
in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del dichiarante

allegare documentazione a seconda della tipologia dell'intervento:

- Preventivo di spesa per intervento relativo all'eliminazione delle barriere architettoniche, messa a norma impianti, adattamenti domotici
- Breve relazione tecnica
- Contratto di locazione/atto di proprietà

Dichiara inoltre che:

l'Ente possiede i seguenti requisiti (barrare la casella di interesse, solo per gli Organismi del Terzo settore):

- Di avere una comprovata esperienza di almeno 2 anni nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie;
- Di essere iscritto ai rispettivi registri provinciali/regionali
- L' assenza in capo al Legale rappresentante di condanne penali o procedimenti penali in corso;
- La garanzia da parte degli enti della solvibilità autocertificando l'inesistenza di situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi della Banca d'Italia (Circolare n. 139 dell'11.2.1991, aggiornato al 29 aprile 2011 - 14° aggiornamento)

INFORMATIVA
AI SENSI DELL'ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679
(REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.
Il trattamento viene effettuato con finalità di interesse pubblico connesse all'erogazione dei contributi di cui al presente bando ai sensi dell'art. 6 par. 1 lettera e) del Regolamento 2016/679.
I dati forniti potrebbero essere trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Non è previsto il trasferimento dei dati in un Paese terzo.
Il conferimento dei dati è facoltativo; in caso di diniego al conferimento dei dati non sarà possibile considerare la candidatura né erogare il contributo sopra indicato.
I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.
I diritti di accesso, rettifica, cancellazione e limitazione al trattamento nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente potranno essere fatti valere in qualsiasi momento. Può essere altresì proposto reclamo all'Autorità Garante per la Privacy.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di _____ nella persona del _____ che è reperibile ai seguenti contatti:

Telefono: _____, Indirizzo PEC: _____

E' possibile contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: _____

Data ____/____/____

Firma della/del dichiarante
