



MARCA DA BOLLO

da euro 16,00 In
caso di invio con PEC scrivere
il numero identificativo seriale

All'ATS INSUBRIA

Via O. Rossi n.9

21100 VARESE

PEC: protocollo@pec.ats-insubria.it

**OGGETTO: DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI
AUSILI/STRUMENTI TECNOLOGICAMENTE AVANZATI A FAVORE DELLE PERSONE
DISABILI O CON DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO - ANNO 2017**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Dati identificativi della persona disabile o con disturbi specifici dell'apprendimento

Cognome	
Nome	
Data e luogo di nascita	
Codice fiscale	
Comune di residenza	
Indirizzo	
Professione	
Telefono fisso	Cellulare
Indirizzo di posta elettronica - obbligatorio	
Documento di identità in corso di validità (carta di identità o documento equipollente ai sensi dell'art. 35 c. 2 del D.P.R. 445/2000)	
Numero _____ rilasciato da _____	

Dati identificativi nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dalla persona disabile

Cognome	
Nome	
Data e luogo di nascita	
Codice fiscale	
Comune di residenza	
Indirizzo	
Professione	
Telefono fisso	Cellulare
Indirizzo di posta elettronica - obbligatorio	
Documento di identità in corso di validità (carta di identità o documento equipollente ai sensi dell'art. 35 c. 2 del D.P.R. 445/2000)	
Numero _____ rilasciato da _____	

CHIEDE DI POTER BENEFICIARE DEL CONTRIBUTO PER
(barrare **una sola scelta** e compilare laddove richiesto)

1. area domotica
2. area mobilità
3. area informatica
4. altri ausili, tra cui ausili per non udenti e le protesi acustiche

per il finanziamento del seguente ausilio/strumento:

Le domande vengono valutate solo se prevedono una spesa pari o superiore a € 300,00. Il tetto massimo di spesa ammissibile è di € 16.000. Il contributo, se dovuto, è riconosciuto nella misura del 70% della spesa ammissibile entro i seguenti limiti:

- personal computer da tavolo o tablet comprensivi di software specifici, contributo massimo erogabile, comprensivo di software di base e di tutte le periferiche, € 400;
- personal computer portatile comprensivo di software specifici, contributo massimo erogabile, comprensivo di software di base e di tutte le periferiche, € 600;
- protesi acustiche riconducibili: contributo massimo erogabile € 2.000;
- adattamento dell'autoveicolo, compresi i beneficiari dell'art. 27 della legge 104/92, contributo massimo erogabile € 5.000.

SEZIONE 1

DICHIARA

(barrare **una sola scelta** e compilare laddove richiesto)

1a. di non aver mai presentato domanda di contributo per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della l.r. 23/99;

1b. di aver ottenuto il contributo per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della l.r. 23/99 nell'anno _____ per l'acquisto di _____

1c. di aver fatto domanda ma di non aver ricevuto il contributo per esaurimento delle risorse;

SEZIONE 2

DICHIARA

Solo se si è selezionata la scelta 1b, barrare una o più delle seguenti opzioni, altrimenti procedere con la sezione 3.

- 1b1. vi è stato un aggravio nelle abilità della persona;
- 1b2. è emersa la necessità di sostituire l'ausilio/strumento in quanto non più funzionante;
- 1b3. nessuna delle precedenti casistiche.

SEZIONE 3

DICHIARA

(barrare **una sola scelta**)

2a. di possedere un ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o una DSU, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 inferiore o uguale a € 20.000,00 ;

2b. di possedere un ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o una DSU, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 superiore a € 20.000,00;

SEZIONE 4

DICHIARA

3. di accettare la quota di compartecipazione al costo della quota ammissibile dello strumento/ausilio richiesto;

4. di essere intestatario o cointestario (in caso di uno o più cointestatori del C/C specificare nome e cognome di tutti i cointestatori e :

_____)

del seguente conto sul quale sarà liquidato il contributo richiesto, laddove riconosciuto;

Nel caso di persona diversa dal beneficiario specificare:

familiare _____

altro _____

<i>Sigla internazionale</i>	<i>Numeri di controllo</i>	<i>Cin</i>	<i>ABI</i>	<i>CAB</i>	<i>Numero di conto corrente</i>
-----------------------------	----------------------------	------------	------------	------------	---------------------------------

--- --- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

5. di essere a conoscenza che, **in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci**, si è soggetti alle sanzioni previste dal **Codice Penale** e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000;

6. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16 ai sensi del DPR 642/1972;

A TALE SCOPO ALLEGA:

(contrassegnare le caselle d'interesse)

- attestazione ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o la DSU, ai sensi del DPCM 159/2013;
- fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità della persona disabile o del richiedente se diverso;
- progetto individualizzato, condiviso con il beneficiario, redatto dal medico specialista (pubblico o privato) eventualmente in collaborazione con altri operatori ATS/ASST;
- copia del certificato di invalidità e/o della certificazione Alunno disabile della Commissione ex DPCM 185 / 2006;
- certificazione dello specialista per patologie che causano disabilità che non sono necessariamente accertate tramite verbale di invalidità;
- copia della fattura o della ricevuta fiscale o, in caso di acquisto tramite rateizzazione copia del contratto di finanziamento, dell'ausilio/strumento comprensivi delle specifiche tecniche e dei costi degli strumenti/ausili con data non antecedente al 1/1/2015;
- copia, se disponibile, del verbale di accertamento dell'handicap ai sensi della legge 104/92;
- per la richiesta di finanziamento di protesi acustiche copia dell'esame audiometrico effettuato ai fini della prescrizione dell'ausilio riconducibile al nomenclatore Tariffario;
- per gli ausili riconducibili al Nomenclatore Tariffario copia del modello 03 autorizzato dall'Ufficio protesi ASST se cartaceo oppure copia della prescrizione effettuata on line direttamente dal medico prescrittore, per entrambi con l'indicazione della quota posta a carico del cittadino costo complessivo dello strumento;
- per la richiesta di strumenti atti a compensare disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), copia della sintesi dei test somministrati ai fini della diagnosi;
- copia codice IBAN , c/c bancario e/o postale su cui verrà eventualmente versato il contributo;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio (per possesso di software/applicativi specifici).

_____ / ____ / ____
(Luogo) (Data)

(Firma)

- Firma della persona disabile o
- Firma di colui che presenta domanda se diverso dalla persona disabile
(barrare scelta effettuata)

Dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ / ____ / ____
(Luogo) (Data)

(Firma)



INFORMATIVA TUTELA DELLA RISERVATEZZA E DEI DATI PERSONALI Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196 e successive modifiche

Il Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti per quanto concerne il trattamento dei dati personali. Il trattamento di tali dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, pertinenza e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti dei soggetti richiedenti secondo quanto previsto dall'art. 11. Ai sensi dell'art. 13 del decreto ed in relazione ai dati personali che verranno comunicati ai fini della partecipazione al Bando in oggetto, si forniscono inoltre le informazioni che seguono.

Finalità del trattamento dati

I dati acquisiti in esecuzione del presente bando saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale vengono comunicati. Tutti i dati personali che verranno in possesso dell'Agenzia di Tutela della Salute dell' Insubria saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dal bando.

Modalità del trattamento dati

Il trattamento dei dati acquisiti sarà effettuato con l'ausilio di strumenti, anche elettronici, idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

Comunicazione dei dati

I dati potranno essere elaborati, comunicati e diffusi dall'ATS per l'esecuzione delle attività e delle funzioni di competenza, così come esplicitati nel bando.

Diritti dell'interessato

I soggetti cui si riferiscono i dati personali possono esercitare i diritti previsti dagli artt. 7 e 8 del D. Lgs. n. 196/2003, tra i quali figura la possibilità di ottenere in qualsiasi momento:

- la conferma dell'esistenza di dati personali che li possano riguardare, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- l'indicazione della loro origine, delle finalità e delle modalità del loro trattamento, nonché la possibilità di verificarne l'esattezza;
- l'aggiornamento, la rettifica e l'integrazione dei dati, la loro cancellazione, la trasformazione in forma anonima od opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi o giustificati motivi;
- l'attestazione che le operazioni di cui al precedente punto sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un

impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
Le istanze andranno rivolte all'ATS dell' Insubria.

Titolare del trattamento dati

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n. 196/2003, titolare del trattamento dei dati è
'ATS di Insubria nella persona del *Direttore Generale dott.ssa Paola Lattuada* ,
con sede in *Varese - via O. Rossi n.9*.

Letta l'informativa il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al
trattamento dei dati

_____ / _____ / _____
(Luogo) (Data)

(Firma)



**INFORMATIVA SUL DIRITTO DI ACCESSO AI DOCUMENTI
AMMINISTRATIVI
LEGGE 241/1990**

Informativa ai sensi della legge 241/1990.

Il diritto di accesso agli atti relativi al bando è tutelato ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi). Tale diritto consiste nella possibilità di prendere visione, con eventuale rilascio di copia anche su supporti magnetici e digitali, del bando e degli atti ad esso connessi, nonché delle informazioni elaborate dall' ATS. L'interessato può accedere ai dati in possesso dell'Amministrazione nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti. Per la consultazione o la richiesta di copie - conformi o in carta libera - è possibile presentare domanda verbale o scritta agli uffici competenti: ATS Insubria - via O. Rossi - Varese. La semplice visione e consultazione dei documenti è gratuita, mentre le modalità operative per il rilascio delle copie e i relativi costi di riproduzione sono definiti nel decreto n. 1806/2010.

Sono esenti dal contributo le Pubbliche Amministrazioni e le richieste per importi inferiori o uguali a 0,50.

Data _____

Firma per presa visione _____