

Marca da  
bollo €16,00

Al Servizio Sociale dei Comuni  
Ambito territoriale Collio Alto Isonzo  
Ente gestore Comune di Gorizia  
Piazza municipio 1  
GORIZIA

**OGGETTO:** istanza di contributo per il finanziamento di progetti e interventi di domotica e digitalizzazione finalizzati a favorire la domiciliarità delle persone anziane non autosufficienti e delle persone con disabilità

|                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Il sottoscritto _____                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nato a _____ Prov _____ il _____                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Codice fiscale                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Residente nel comune di _____ Prov _____ CAP _____                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Via/Piazza _____ n° _____                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tel _____ Mail _____                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| In qualità di                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> soggetto beneficiario                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Soggetto esercente la tutela, la curatela, l'amministrazione di sostegno, responsabilità genitoriale sul/la Sig./a |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| _____                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nato/a _____ il _____                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Codice fiscale                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CHIEDE**

**di poter beneficiare del contributo per il finanziamento di progetti e interventi di domotica e digitalizzazione in una delle seguenti aree**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | acquisto di Impianto/sistema di domotizzazione per uso abitativo (gestione illuminazione, riscaldamento, elettrodomestici ecc. tramite il sistema domotico) e dispositivi/accessori ad integrazione del sistema (ad esclusione delle opere murarie); |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                          |                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | acquisto e posizionamento di sensori wi-fi, segnalatori luminosi/acustici di gas domestici, fumi, monossido di carbonio e allagamento e videocamere interne connessi ad un sistema di alert in remoto; |
| <input type="checkbox"/> | acquisto di ausili domotici per autonomia domestica con eventuale controllo da remoto (cucina funzionale, piano cottura a induzione, elettrodomestici personalizzati, ecc.).                           |

#### DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, di cui agli artt. 75 e 76 del richiamato D.P.R., quanto segue:

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | d'essere <i>oppure</i> che la persona per la quale si richiede il contributo è<br>residente presso Comune di _____<br>Via/Piazza _____ n° _____                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | d'essere in possesso del riconoscimento di invalidità civile al 100%<br><br><input type="checkbox"/> d'esser persona che vive da sola<br><br><input type="checkbox"/> d'esser persona che vive con caregiver familiare convivente non in grado di garantire assistenza nelle 24 ore |
| <input type="checkbox"/> | d'essere in possesso del riconoscimento di handicap grave di cui all'art. 3 della Legge 104/92                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | d'essere in possesso di un'attestazione ISEE in corso di validità prot. INPS<br>_____ del _____ in cui risulta un valore inferiore a 30.000 euro.                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | di accettare tutte le previsioni e condizioni dell'avviso                                                                                                                                                                                                                           |

#### DICHIARA altresì che

| DATI RELATIVI AL CONTRIBUTO                            |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Barrare la casella interessata e compilare il riquadro |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/>                               | che gli interventi effettuati e/o le attrezzature acquistate corrispondono o sono analoghi a quelli previsti nella domanda di contributo dal bando                                                                                               |
| <input type="checkbox"/>                               | la spesa sostenuta NON riguarda dispositivi forniti dal Sistema Sanitario regionale, opere murarie/strutturali ovvero sottoscrizione di abbonamenti/canoni internet e/o a sistemi di assistenza vocale, noleggio e leasing delle apparecchiature |
| <input type="checkbox"/>                               | NON sono stati ottenuti, né richiesti altri contributi o benefici fiscali per la realizzazione degli stessi progetti e interventi di domotica e digitalizzazione per la stessa unità immobiliare e nucleo familiare                              |

|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                                                    | sono stati ottenuti o richiesti altri contributi o benefici fiscali per la realizzazione degli stessi progetti e interventi di domotica e digitalizzazione, per un importo pari a euro _____<br><br>Specificare il contributo ottenuto/richiesto:<br>_____<br>_____                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                                    | che le attrezzature acquistate/beni acquistati sono di nuova produzione e possiedono caratteristiche tecniche conformi alle normative vigenti e sono garantiti per due anni                                                                                                                                                                                         |
| che la spesa complessiva per progetti e interventi di domotica e digitalizzazione è stata pari a euro _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Informativa privacy</b> Barrare le caselle                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                    | d'aver preso visione della relativa informativa presente nell'avviso;                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/>                                                                                    | d'autorizzare, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del decreto legislativo 196/2003 e dell'articolo 13 e ss. del Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.) in materia di protezione dei dati personali, a trattare i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale gli stessi vengono resi |

**CHIEDE** che il contributo sia accreditato mediante

**Coordinate bancarie**

☐ Conto corrente Bancario

☐ Conto corrente Postale

Banca (o Poste Italiane Spa)  
\_\_\_\_\_

Filiale di \_\_\_\_\_

IBAN

## COMUNICA

|                          |                                                                                                                      |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | d'essere interessato ad un incontro al fine di valutare la necessità di attivare ulteriori servizi e interventi      |
| <input type="checkbox"/> | di NON essere interessato ad un incontro al fine di valutare la necessità di attivare ulteriori servizi e interventi |

**ALLEGA** alla presente domanda:

- fattura o ricevuta fiscale o scontrino “parlante” (con l’indicazione del codice fiscale del richiedente /beneficiario oltre alle tipologie di prodotti acquistati) relativi alla spesa sostenuta;
- dichiarazione attestante la corrispondenza della documentazione prodotta agli originali delle fatture;
- autorizzazione del proprietario alla realizzazione degli interventi, nel caso di immobile in locazione (o altro diritto di godimento);
- altro \_\_\_\_\_ (ad es. ISEE, dichiarazione conformità beni, garanzia, ecc.).

**SI IMPEGNA a non richiedere benefici fiscali per la quota parte di contributo concessa**

Luogo e data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_  
(firma)

*Ai sensi dell’art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2020, la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all’ufficio competente unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.*

*Si informa che ai sensi e per gli effetti dell’articolo 13 del decreto legislativo 196/2003 e dell’articolo 13 e ss. del Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.) i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici*