



**Fac-simile modulo per la presentazione della domanda  
di partecipazione all'intervento "Indipendenza e autonomia – InAut"**

(D.G.R.T. 814/2020 e D.G.R.T. 1178/2020 "Piano per la Non Autosufficienza 2019-2021: Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti di vita indipendente")

**In caso di richiesta da parte del diretto interessato:**

<p><b>QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO</b></p> <p>Cognome/Nome _____</p> <p>nato/a il  __ __ __ __ __ __ __ __  a _____ Prov. _____</p> <p>e residente in _____</p> <p>Via/P.zza _____ n _____</p> <p>CAP _____ Tel. _____</p> <p>con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____</p> <p>Via/P.zza _____ n _____</p> <p>CAP _____ Tel. _____</p> <p>Codice Fiscale: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ </p> <p>Indirizzo di posta elettronica _____</p> <p>Stato civile <sup>a)</sup> _____ Cittadinanza <sup>b)</sup> _____</p> <p><u>Vedi note</u></p>
--

**In caso di presentazione da parte di altro soggetto:**

<p><b>QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA</b></p> <p>Cognome/Nome _____</p> <p>in qualità di (<i>genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.</i>)</p> <p>_____ del sotto indicato beneficiario:</p> <p><b>DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO</b></p> <p>Cognome/Nome _____</p> <p>nato/a il  __ __ __ __ __ __ __ __  a _____ Prov. _____</p>
---

e residente in \_\_\_\_\_  
Via/P.za \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
con domicilio (se diverso dalla residenza) in \_\_\_\_\_  
Via/P.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
Stato civile <sup>a)</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza <sup>b)</sup> \_\_\_\_\_  
Vedi note

**NOTE:**

a) Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a;Separato/a, Convivente.

b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n .....  
rilasciata alla Questura di ..... con scadenza il ..... o in corso di  
rinnovo con ricevuta di presentazione in data ..... Rifugiato politico (indicare l'ente che ha  
rilasciato l'attestato, il numero e la data) .....

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

**CHIEDE**

di poter partecipare all'intervento InAut.

A tale scopo

**DICHIARA**

**QUADRO B – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE DI SALUTE**

- di essere in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92 **(SI)**  
**(NO)** (barrare)

- di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale,  
non inferiore al 100% **(SI)** **(NO)** (barrare)

- diagnosi principale .....

Altre patologie presenti .....

Medico di medicina generale ..... (cognome e nome)

Specialista di riferimento ..... (cognome e nome)

*(E' possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)*

#### **QUADRO C – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE** (nel quale si realizza il progetto)

- che la composizione del nucleo familiare convivente è la seguente:

Numero persone ..... di cui con disabilità .....

#### **QUADRO D – LISTA ATTESA VITA INDIPENDENTE REGIONALE**

- di essere collocato in lista di attesa per il contributo per progetti di vita indipendente di cui alla DGR 1329/2015 e ssmmii **(NO)** (barrare)

**(SI)** a far data dal .....

#### **RICHIEDE**

**un contributo per il sostegno al proprio progetto di vita indipendente**

#### **QUADRO E – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE**

supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo;  
formazione universitaria, dottorato o master post-laurea;  
sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti;  
sostegno al ruolo genitoriale;  
percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;  
accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti);  
sostegno alle attività quotidiane e domestiche;  
accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive;  
accompagnamento per attività associative o di volontariato  
altro (specificare) .....

#### **(E' possibile barrare uno o più obiettivi)**

Nel caso di più obiettivi progettuali, il punteggio è assegnato all'obiettivo prevalente, intendendo con questo, l'obiettivo sul quale sono allocate le maggiori spese.

CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE:

Supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo:

Data avvio: .....

Specificare nome e sede attività .....

Formazione universitaria, dottorato o master post-laurea:

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

Sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti:

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli .....

Età ..... con disabilità (SI) (NO) (barrare)

Numero settimane di gravidanza .....

Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine:

Data avvio: .....

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza .....

Se uscita dal nucleo familiare di origine, indicare se housing-cohousing .....

Accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti):

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive:

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

Accompagnamento per attività associative o di volontariato:

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

Altro da specificare:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**QUADRO F – DURATA DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE**

Indicare numero di mesi per i quali si richiede il contributo .....  
(durata minima 6 mesi; durata massima 12 mesi)

#### **QUADRO G – SPESE PREVISTE E PIANO ECONOMICO MENSILE DI PROGETTO**

(Elenco delle spese ammissibili, barrare quelle previste e specificare quanto richiesto)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

Assistente personale

- Numero assistenti .....
- Numero ore contrattualizzate .....
- Spesa media mensile .....

Housing, Cohousing, altre forme di abitare sociale

- Spese affitto .....(indicare importo mensile)
- Materiale di consumo ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)
- Utenze ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)

Trasporto

- Pubblico ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Privato ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Sociale ..... (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

Assistente personale

- Numero assistenti .....
- Numero ore contrattualizzate .....
- Spesa media mensile .....

Housing, Cohousing, altre forme di abitare sociale

- Spese affitto .....(indicare importo mensile)
- Materiale di consumo ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)
- Utenze ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)

Trasporto

- Pubblico ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Privato ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Sociale ..... (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

Assistente personale

- Numero assistenti .....
- Numero ore contrattualizzate .....
- Spesa media mensile .....

Housing, Cohousing, altre forme di abitare sociale

- Spese affitto .....(indicare importo mensile)

- Materiale di consumo ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)
- Utenze ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)

Trasporto

- Pubblico ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Privato ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Sociale ..... (indicare oggetto e spesa mensile)

*La titolarità e la responsabilità nella scelta dell'assistente personale e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente.*

**QUADRO F – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE**

1) Prestazioni/ interventi domiciliari in forma indiretta:

- contributo per progetto vita indipendente
- contributo disabilità gravissime
- contributo SLA
- contributo Home Care Premium
- contributo a valere sul Fondo Sociale Europeo
- altro tipo di titolo/assegno/contributo per l'acquisto di servizi, per il sostegno alle funzioni assistenziali, per l'assunzione di un assistente personale o un caregiver familiare (specificare .....)

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi), limitatamente ai servizi di tipo residenziale rientranti nell'ambito B di cui alla DGR 753/2017

**(SI)**    **(NO)**    (barrare)

3) Inserimento permanente in una struttura residenziale;

**(SI)**    **(NO)**    (barrare)

*Si ricorda che l'eventuale erogazione del contributo, nel caso in cui la persona risultasse beneficiaria del contributo per l'intervento InAut, è subordinata alla presentazione di formale rinuncia alla fruizione di tali interventi o prestazioni.*

**Ai fini di una corretta e completa valutazione, è possibile descrivere i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto:**

---



---



---



---



---

Alla presente domanda, sono allegati (specificare il numero e la tipologia):

- certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92 o in alternativa riconoscimento di invalidità rilasciata da una commissione medico legale, non inferiore al 100% (come dichiarato al Quadro B)
- copia del documento di identità della persona interessata indicata al quadro A (obbligatorio)
- copia del documento di identità della persona che sottoscrive la domanda ( obbligatorio se persona diversa dall'interessata).

Ulteriori n° |\_\_|\_\_| allegati

Tipologia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DICHIARA INFINE

### QUADRO C - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno:

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

nato/a il |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.za. \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### OPPURE

### QUADRO D - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE <sup>1</sup>

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra

(Cognome/Nome) \_\_\_\_\_

della cui identità si è accertato tramite il seguente documento \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)

Firma \_\_\_\_\_

**1** Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.



### **Informativa sulla Privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/679**

La presente informativa viene redatta in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR) e potrà essere oggetto di periodici aggiornamenti che ti saranno prontamente comunicati.

Titolare del trattamento è la Società della Salute Empolese Valdarno Valdelsa con sede in Via dei Cappuccini n. 79 – Empoli (FI), email [sds.empolivaldarnovaldelsa@uslcentro.toscana.it](mailto:sds.empolivaldarnovaldelsa@uslcentro.toscana.it); PEC: [sds.empolesevaldarnovaldelsa@pec.it](mailto:sds.empolesevaldarnovaldelsa@pec.it)

Responsabile della protezione dei dati è l'Avv. Michele Morriello, con sede in Firenze, viale A. Gramsci n. 53, email [sds@dpo-rpd.eu](mailto:sds@dpo-rpd.eu), tel. (+39) 371 3057734.

I dati personali che raccogliamo sono quelli che ci hai fornito al momento della tua istanza per l'erogazione delle prestazioni/attività/servizi sociali e socio sanitari.

I dati che trattiamo sono:

- dati identificativi: nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza e/o domicilio, codice fiscale, indirizzo email;
- dati particolari idonei a rivelare origina razziale o etnica, lo stato di salute;
- dati relativi alla situazione economica e patrimoniale per gli adempimenti richiesti dalla legge.

Nello specifico trattiamo i tuoi dati personali per i seguenti scopi:

- valutazione multidimensionale - erogazione di prestazioni sociali e sanitarie compresa l'erogazione di contributi economici in forma diretta e indiretta
- amministrativi e contabili;

I tuoi dati personali non saranno comunicati a terzi salvo i casi, descritti di seguito, in cui potremo comunicare i tuoi dati solo con il tuo consenso o secondo quanto richiesto o consentito dalle leggi applicabili o dal contratto, ad esempio:

- 1) ai nostri fornitori di servizi informatici per la gestione documentale;
- 2) Soggetti istituzionali, quali:
  - Azienda USL Toscana Centro e altre Aziende USL e Ospedaliere
  - Comuni della SdS Empolese Valdarno Valdelsa e Unione dei Comuni
  - Regione Toscana
  - Autorità giudiziaria ( Tribunale dei minori, Procura della repubblica, Forze di polizia, Questure, Ambasciate e Consolati)
  - Ministero della Salute e altri Ministeri interessati
  - Istituti scolastici

I tuoi dati non saranno inviati all'estero ma verranno trattati unicamente all'interno del territorio italiano e/o europeo.

Utilizziamo misure di sicurezza organizzative, amministrative, tecniche e fisiche per salvaguardare i tuoi dati e per garantire che questi siano elaborati in maniera tempestiva, accurata e completa. Chiediamo ai nostri Fornitori di servizi di salvaguardare i tuoi dati e di utilizzarli solo per gli scopi specificati.

Conserviamo i tuoi dati solo per il tempo necessario per la gestione del rapporto di lavoro, a meno che non siamo tenuti a conservarli per periodi più lunghi in conseguenza di leggi, regolamenti o se necessario per la risoluzione di contenziosi o accertamenti giudiziari.

Nello specifico ti comunichiamo che i tuoi dati saranno conservati per 10 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/servizio/attività

Ti chiediamo di verificare regolarmente che i tuoi dati personali in nostro possesso siano corretti e aggiornati. Se rilevi che siano errati oppure incompleti potrai chiedere che vengano corretti, aggiornati oppure potrai richiedere che vengano rimossi dai nostri archivi.

Potrai esercitare i tuoi diritti contattando direttamente i nostri uffici al seguente indirizzo [sds.empolivaldarnovaldelsa@uslcentro.toscana.it](mailto:sds.empolivaldarnovaldelsa@uslcentro.toscana.it)

Hai il diritto di accedere, aggiornare, cancellare, modificare o correggere i tuoi dati personali. Più in particolare, hai il diritto di:

- revocare il consenso per l'utilizzo dei tuoi dati personali in qualsiasi momento, laddove il trattamento sia basato sul tuo consenso. Tuttavia, un eventuale mancato conferimento o revoca dei dati personali raccolti ovvero di altri dati personali eventualmente richiesti nel corso del rapporto contrattuale, potrà comportare l'impossibilità per la nostra Società di instaurare e/o proseguire, in tutto o in parte, il rapporto contrattuale ovvero, dare seguito alle richieste pre-contrattuali;
- limitare e/o opporsi all'utilizzo dei tuoi dati;
- richiedere una revisione manuale di alcune attività di elaborazione dati automatizzata che influisca sui tuoi diritti; richiedere una copia dei tuoi dati personali detenuti dalla nostra Società;
- revocare il tuo consenso a ricevere comunicazioni di marketing da parte della nostra Società.

Se intendi sottoporre domande in merito alla presente informativa sulla privacy o alle modalità con cui vengono gestiti i tuoi dati personali puoi contattare il Titolare del Trattamento, ai recapiti sopra indicati oppure il Responsabile delle Protezioni dei dati.

Hai inoltre diritto di contattare direttamente l'Autorità di controllo – Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Piazza di Monte Citorio n. 121 – 00186 Roma, tel. (+39) 06.696771, e-mail: [garante@gpdp.it](mailto:garante@gpdp.it), Posta certificata: [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it).

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_