

ALLEGATO B

MODELLO DI ISTANZA PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA PRESENTAZIONE DI UN PROGETTO DI AMBIENT ASSISTING LIVING

QUADRO A- DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____

Nato/a il _____ a _____ prov. _____

e residente nella Regione Puglia da almeno 12 mesi nel Comune di

_____ via/p.zza _____

_____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

Codice fiscale: _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Stato civile _____ cittadinanza _____

Estremi del documento di
identità: _____

QUADRO A1- GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

COGNOME E NOME _____

In qualità di (figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.)

_____ del sopra indicato beneficiario:

Nato/a il _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | a _____ prov. _____

e residente in _____

via/p.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

Codice fiscale: _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Stato civile _____ cittadinanza _____

Estremi del documento di
identità: _____

QUADRO B-COMPOSIZIONE ATTUALE DEL NUCLEO DOVE VIVE IL RICHIEDENTE					
	1° COMPONENTE	2° COMPONENTE	3° COMPONENTE	4° COMPONENTE	5° COMPONENTE
COGNOME/NOME					
RELAZIONE					
LUOGO DI NASCITA					
DATA DI NASCITA					

QUADRO C – INFORMAZIONI SULL'ABITAZIONE

Titolo di disponibilità in uso dell'abitazione in cui il beneficiario vive stabilmente per un periodo pari o superiore a 3 anni dalla data di domanda del beneficio, nonché attestazione di abitabilità supportata dal certificato di messa a norma degli impianti dell'abitazione medesima.

Sita in

via/p.zza _____ vani n. _____

- Di proprietà (o con mutuo)
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto con contratto canone annuo previsto nel contratto
- Altro

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali:

- Sì (esterne e /o interne)
- No

Possesso di certificato di messa a norma degli impianti dell'abitazione

- Sì
- No

Linea telefonica di base o sistema equivalente (funzionante in situazione di emergenza)

- Sì (esterne e /o interne)

No

Collegamento internet veloce

Si

No

Abitazione costruita successivamente al 1994

Si

No

QUADRO D – SITUAZIONE INDIVIDUALE E REDDITUALE DEL RICHIEDENTE

Riconosciuto/a dalla Commissione sanitaria per l'accertamento dello stato di handicap in data ___/___/___/___/___/___ con verbale n. _____ rilasciato da _____

come persona con handicap in situazione di gravità ai sensi del comma 3 dell'art.3 della legge n. 104/1992

Invalidità civile

Si I _ I _ I _ I %

No

Indennità di accompagnamento

Si

No

Altri cespiti e contributi non soggetti ad Irpef (es. rendite inail)

Si importo annuale € _____

No

Reddito individuale annuo a ogni titolo percepito (rendita , indennità, pensioni...) € _____

QUADRO E – PROGETTO DI AMBIENT ASSISTED LIVING

Breve descrizione del progetto di vita indipendente, con particolare riferimento agli obiettivi di vita autonoma che si intende raggiungere attraverso l'implementazione delle tecnologie domotiche all'interno dell'ambiente domestico, nell'ambito della sicurezza e dell'indipendenza e che devono fare riferimento necessariamente alle seguenti aree:

- **Easy and Safe Home Control** – Sistemi per la gestione semplice e sicura di applicazioni domestiche, quali, a puro titolo esemplificativo, controllo di luci, porte e controllo per fughe di acqua e gas, etc;
- **Daily Activity Monitoring** - Sistemi per il monitoraggio e controllo della attività quotidiane

(max 500 caratteri)

Il sottoscritto si impegna, in caso di concessione del beneficio, a prestare il consenso a garantire l'accesso alla propria abitazione agli incaricati dalla Regione Puglia e/o dai Partner di Progetto per effettuare verifiche, manutenzioni, collaudi e sopralluoghi per i successivi tre anni dall'installazione della strumentazione tecnica e domotica utilizzata per effettuare l'intervento sperimentale di installazione.

DATA

FIRMA

Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo 196/2003 e s.m. e int., la Regione Puglia, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della suddetta manifestazione di interesse.

DATA

FIRMA

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – recante disposizione in materia di protezione dei dati personali, si rendono le seguenti informazioni:

- i dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196;
- il titolare dei dati trattati è il Dirigente dell'Ufficio Integrazione Sociosanitaria;
- il responsabile del trattamento dei dati è il Funzionario Responsabile dell'istruttoria.