



All'ATS della Brianza  
Viale Elvezia, 2  
20900 Monza  
Corso Carlo Alberto 120  
23900 Lecco  
[protocollo@pec.ats-brianza.it](mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it)

**OGGETTO: DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO O UTILIZZO DI AUSILI/STRUMENTI TECNOLOGICAMENTE AVANZATI DA PARTE DI 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 con disabilità o con disturbo specifico 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 € 16.000,00. 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, € 400,00;
- personal computer portatile comprensivo di software specifici, contributo massimo erogabile, comprensivo di software di base e di tutte le periferiche, € 600,00;
- protesi acustiche riconducibili: contributo massimo erogabile € 2.000,00;
- adattamento dell'autoveicolo, compresi i beneficiari dell'art. 27 della legge 104/92, contributo massimo erogabile € 5.000,00.

## 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 contributo per esaurimento delle risorse;

1D  di non aver fatto richiesta di contributo ad altri Enti pubblici o privati per lo stesso ausilio/strumento oggetto della domanda (come indicato nel punto "Spese non ammissibili" del bando).

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

Sigla Internazionale	Numeri di con tollo	CIN	ABI	CAB	Numero di Conto corrente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome e Cognome dell'intestatario \_\_\_\_\_

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 € 16,00 ai sensi del DPR 642/1972

## A TALE SCOPO ALLEGA:

- 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 o del certificato di alunno disabile;
- certificazione dello specialista per patologie che causano disabilità che non sono necessariamente accertate tramite verbale di invalidità o certificazione di alunno disabile;
- certificazione Disturbo Specifico di Apprendimento, ai sensi della Legge 170/2010 – art. 3, rilasciato dalle equipe private di professionisti autorizzati dalle ATS della Lombardia a effettuare la prima certificazione diagnostica dei DSA valida ai fini scolastici o dai servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza pubblici e privati accreditati (UONPIA), o dai servizi di riabilitazione dell'età evolutiva privati accreditati;
- originale 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 gli ausili riconducibili al Nomenclatore Tariffario copia del modello 03 autorizzato dall'Ufficio Protesi se cartaceo oppure copia della prescrizione effettuata on line direttamente dal medico prescrittore con l'indicazione della riconducibilità, per entrambi con l'indicazione della quota posta a carico del cittadino e nonché copia della fattura della quota a carico dell'utente;
- per la richiesta di finanziamento di protesi acustiche copia dell'esame audiometrico con data antecedente all'acquisto dell'ausilio/strumento, utilizzato per la richiesta di riconducibilità;
- dichiarazione del possesso di software/applicativi informatici specifici collegati al computer per i quali non si richiede il contributo (acquistati autonomamente, applicativi rilasciati dall'Ufficio Protesi, ecc.);
- Nel caso di richiesta di contributo prima dei 5 anni causata da un aggravio nelle abilità della persona (sezione 2 opzione 1b1), è necessario allegare una relazione specialistica che avvalori la situazione di aggravamento.
- Nel caso di richiesta di contributo prima dei 5 anni causata dalla necessità di sostituzione dell'ausilio/strumento in quanto non più funzionante (Sezione 2 opzione 1b2), è necessario allegare una dichiarazione di **fuori uso/impossibilità/non economicità** della riparazione da parte di un tecnico specializzato
- eventuali altri documenti – specificare.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

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

## **INFORMATIVA EX ART.13 DEL D.LGS.196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali**

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/2003 desideriamo fornirle le seguenti informazioni:

### **Finalità del trattamento:**

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 della Brianza saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dal bando ai sensi della legge regionale 23/99 art. 4 commi 4 e 5 come disposto dal Decreto 13863 del 6/11/2017.

### **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 loro competenza così come esplicitati nel bando.

Trattandosi di contributi pubblici l'ATS potrà essere tenuta a trasmettere i dati ad altri Enti Pubblici secondo la normativa vigente.

### **Diritti dell'interessato**

I soggetti cui si riferiscono i dati personali possono esercitare i diritti previsti da 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 della Brianza [protocollo@pec.ats-brianza.it](mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it)

Il conferimento dei dati e il consenso al trattamento degli stessi sono obbligatori ai fini della fruizione del servizio e l'eventuale mancato conferimento nonché consenso, comporterà l'improcedibilità dell'istanza e la mancata esecuzione della registrazione.

**Il titolare** del trattamento è l'ATS della Brianza, nella persona del Direttore Generale, con sede in Viale Elvezia 2 – 20900 Monza.

**Responsabile del trattamento** per l'ATS della Brianza è il Direttore del Dipartimento PIPSS, con sede in Viale Elvezia 2 – 20900 Monza.

### **LETTA ATTENTAMENTE L'INFORMATIVA DICHIARA**

- di aver ricevuto e letto la presente informativa di cui all'art. 13 del D.lgs.196/2003;
- di prestare il proprio consenso affinché i propri dati vengano comunicati per le finalità di carattere amministrativo al fine di acquisire informazioni e dichiarazioni necessari per la fruizione del servizio;
- di autorizzare "senza impedimenti" la trasmissione dei dati forniti ad altri Enti Pubblici se richiesto dalla normativa vigente.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

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