

**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:

Si (esterne e /o interne)

No

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

Si

No

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

Si (esterne e /o interne)

No
Collegamento internet veloce
Si
No
Abitazione costruita successivamente al 1994
Si
No

<b>QUADRO D – SITUAZIONE INDIVIDUALE E REDDITUALE DEL RICHIEDENTE</b>	
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	___/___/___ %
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...) € _____	

<b>QUADRO E – PROGETTO DI AMBIENT ASSISTED LIVING</b>	
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.