


ALLEGATO A

	<p>Legge regionale n. 73 del 27 dicembre 2018 art. 5 “Contributo a favore delle famiglie con figli minori disabili”</p>	
<p>ISTANZA DI CONTRIBUTO ex art. 5 della l.r. n. 73 del 27 dicembre 2018</p>		<p><b>ANNO 2021</b> Termine ultimo di presentazione <b>30 giugno 2021</b></p>

Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a inoltra istanza ai sensi dell'art. 5 della l.r. 73/2018

**CONTRIBUTO A FAVORE DELLE FAMIGLIE CON FIGLI MINORI DISABILI**  
(HANDICAP GRAVE – art 3 c. 3 L.104/1992)  
(art.5 l.r. 73/2018)<sup>1</sup>

A tal fine:

- consapevole che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/00, n°445, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e che, ai sensi dell'art. 71 dello stesso D.P.R. 28/12/00 n°445, l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive;
- consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi,

sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

<b>RICHIEDENTE</b>													
COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)							NOME						
DATA DI NASCITA				COMUNE O STATO DI NASCITA				PROV.					
STATO DI CITTADINANZA										SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
INDIRIZZO DI RESIDENZA				COMUNE DI RESIDENZA				CAP		PROV.			
CF <sup>2</sup>													

<sup>1</sup> Per ciascun figlio minore disabile deve essere redatta singola istanza

<sup>2</sup> Il possesso di codice fiscale valido è condizione necessaria sia per il richiedente che per i soggetti in ragione dei quali il contributo viene richiesto.

RECAPITO TELEFONICO	INDIRIZZO E-MAIL		
EVENTUALI COMUNICAZIONI VERRANNO INVIATE AL NUMERO TELEFONICO DI CELLULARE O ALL'INDIRIZZO E-MAIL INDICATO O AL SEGUENTE INDIRIZZO PRESSO IL QUALE SI INTENDE RICEVERE LA CORRISPONDENZA:			
INDIRIZZO	COMUNE	CAP	PROV.

In qualità di:

madre

specificare se

unico genitore (da barrare solo se la madre è l'unico genitore a cui è attribuita la responsabilità genitoriale)

oppure

padre

specificare se

unico genitore (da barrare solo se il padre è l'unico genitore a cui è attribuita la responsabilità genitoriale)

oppure

altro soggetto a cui è attribuita ai sensi della normativa vigente la responsabilità genitoriale

<b>FIGLIO MINORE DISABILE (con data di nascita successiva al 31.12.2002)</b>			
COGNOME E NOME			
LUOGO E DATA DI NASCITA			SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO DI NASCITA	
CF.			

### DICHIARA INOLTRE

Che il sottoscritto fa parte del medesimo nucleo familiare del figlio minore disabile per cui è richiesto il contributo;

Che il sottoscritto è residente in Toscana in modo continuativo almeno dal 1 gennaio 2019

Che il figlio minore disabile è residente in Toscana in modo continuativo almeno dal 1 gennaio 2019 (o dalla nascita per il figlio disabile con età uguale o inferiore ai 2 anni);

Che il nucleo familiare non risiede in strutture occupate abusivamente;

Di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità per l'anno 2021 con indicatore della situazione economica equivalente (standard) inferiore o uguale a 29.999,00 euro

oppure

Di aver presentato domanda di attestazione ISEE in data ..... e di essere a conoscenza che se l'indicatore (standard) risulterà superiore a 29.999,00 euro non avrò diritto al contributo;

Che il figlio minore disabile per il quale è inoltrata la presente istanza di contributo è in possesso di certificazione attestante la condizione di handicap grave di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge - quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

Che il figlio disabile per il quale è inoltrata la presente istanza di contributo è nato in data successiva al 31.12.2002.

**CHIEDE**

Che il pagamento del contributo, se concesso, venga effettuato con la seguente modalità:

- BONIFICO**  
L'IBAN deve riferirsi a conti correnti bancari o postali o a carte prepagate di cui il richiedente deve risultare intestatario o cointestatario (**non libretti postali**)

IBAN

- CONTANTI** da ritirare presso una filiale del Banco BPM  
Se non ritirati entro l'anno di pagamento sono reincassati d'ufficio dall'amministrazione regionale.

Data

Firma

Nel caso in cui l'istanza non sia sottoscritta in presenza del dipendente addetto, deve essere prodotta copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (DPR 445/2000 art 38).

- Documenti obbligatori da allegare:
- copia della certificazione Isee
  - copia del certificato di disabilità

Allegato B

REGIONE  
TOSCANA



Legge Regionale 73 del 27 dicembre 2018 – art. 5 “Contributo a favore delle famiglie con figli minori disabili”

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità previste dalla L.R. 73 del 27 dicembre 2018 art. 5 , saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Toscana- Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: P.zza duomo 10 - 50122 Firenze; [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it))
2. Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude l'accesso al contributo. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
3. I Suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati ([urp\\_dpo@regione.toscana.it](mailto:urp_dpo@regione.toscana.it)).
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>)

Data.....

Firma per presa visione

.....