



REGIONE TOSCANA

Giunta Regionale

**COMUNE DI SAN GIULIANO TERME  
PROVINCIA DI PISA**

*Via G.B. Niccolini, 29 – 56017 San Giuliano Terme (PI)*

*Tel. 050-819111 – Fax 050-819220*

*<http://www.comune.sangiulianoterme.pisa.it>*

**Schema di DOMANDA  
PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO  
ANNO 2025**

**AI SENSI DEL REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE  
DELL'ARTICOLO 5-QUATER DELLA LEGGE REGIONALE 9 SETTEMBRE 1991, N.47:  
“NORME SULL'ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE”.**

**Al Comune di SAN GIULIANO TERME (PI)**

**URP E PROTOCOLLO**

*Via Giovanni Battista Niccolini, 36*

**all'attenzione del SETTORE SERVIZI AL CITTADINO**

**U.O. SERVIZIO SOCIALE**

PEC [comune.sangiulianoterme@postacert.toscana.it](mailto:comune.sangiulianoterme@postacert.toscana.it)  
oppure (nei casi in cui non si disponga di pec)

e mail [protocollo@comune.sangiulianoterme.pisa.it](mailto:protocollo@comune.sangiulianoterme.pisa.it).

Codice di riferimento ai fini della graduatoria : (numero di protocollo).....

la/il sottoscritta/o	.....	C. F. ....
nata/o a	.....	il .....
residente in <sup>(1)</sup>	.....	in via .....
telefono	.....	e-mail .....

Ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

(barrare la casella e/o l'opzione)

in qualità di:	<input type="checkbox"/>	Proprietario
	<input type="checkbox"/>	Locatario
	<input type="checkbox"/>	altro <sup>(2)</sup> .....

nell'immobile di proprietà di:	.....
sito in .....	via /piazza ..... n. ....
	piano ..... interno ..... telefono .....

quale:

<input type="checkbox"/>	persona disabile con menomazione o limitazione permanente <b>di carattere fisico</b> (o persona che ne esercita la tutela o la potestà o l'amministrazione di sostegno)
<input type="checkbox"/>	persona disabile con menomazione o limitazione permanente <b>di carattere sensoriale</b> (o persona che ne esercita la tutela o la potestà o l'amministrazione di sostegno)
<input type="checkbox"/>	persona disabile con menomazione o limitazione permanente <b>di carattere cognitivo</b> (o persona che ne esercita la tutela o la potestà o l'amministrazione di sostegno)

Che la situazione reddituale risultante dall'ultima dichiarazione dei redditi presentata ai fini delle imposte sui redditi delle persone fisiche della persona con disabilità che chiede il contributo o del familiare che lo dichiara a proprio carico ai sensi dell'articolo 13 del D.P.R. 917/1986 è pari ad:

euro.....

(indicare il reddito imponibile; è data facoltà di allegare copia della dichiarazione reddituale).

#### CHIEDE

il contributo (3) previsto dagli articoli:  
(barrare la casella)

9

10

del Regolamento del d.p.g.r. 11/R/2005, prevedendo una spesa di euro .....  
IVA compresa - **come da preventivo allegato** - per la realizzazione degli interventi finalizzati al superamento di barriere architettoniche, fisiche o percettive, descritte analiticamente nelle tabelle seguenti.

.....  
(luogo e data)

la/il richiedente

.....  
(firma leggibile)

**DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI**

**CATEGORIA 1.: parti condominiali**

AMBITO D'INTERVENTO		Opere edilizie	Attrezzature
<input type="checkbox"/>	<b>1.1 Ingressi</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>1.2 Percorsi verticali</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>1.3 Percorsi orizzontali</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>1.4 Pavimentazioni interne ed esterne</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>1.5 Segnalazioni per l'orientamento</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>1.6 Segnalazioni di pericolo</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>1.7 Altro<sup>(4)</sup></b> ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....		

AMBITO D'INTERVENTO		Opere edilizie	Attrezzature
<b>CATEGORIA 2.: unità immobiliare</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>2.1 Ingressi</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>2.2 Percorsi verticali</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>2.3 Percorsi orizzontali</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>2.4 Unità ambientali interne</b> <input type="checkbox"/> bagno <input type="checkbox"/> cucina <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> soggiorno <input type="checkbox"/> altro (4) .....		
<input type="checkbox"/>	<b>2.5 Unità ambientali esterne</b> <input type="checkbox"/> balcone, loggia, terrazzo <input type="checkbox"/> giardino <input type="checkbox"/> garage <input type="checkbox"/> altro <sup>(4)</sup> .....		
<input type="checkbox"/>	<b>2.6 Infissi</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>2.7 Terminali impiantistici</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>2.8 Altro<sup>(4)</sup></b> ..... ..... .....		

AMBITO D'INTERVENTO		Opere edilizie	Attrezzature
<b>CATEGORIA 3.: autonomia domestica</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>3.1 Sicurezza della persona<sup>(5)</sup></b>		
<input type="checkbox"/>	<b>3.2 Controllo degli accessi<sup>(6)</sup></b>		
<input type="checkbox"/>	<b>3.3 Gestione del benessere ambientale<sup>(7)</sup></b>		
<input type="checkbox"/>	<b>3.4 Comunicazione a distanza e tele-servizi<sup>(8)</sup></b>		
<input type="checkbox"/>	<b>3.5 Automazione dei serramenti<sup>(9)</sup></b>		
<input type="checkbox"/>	<b>3.6 Arredi ed attrezzature<sup>(10)</sup></b>		
<input type="checkbox"/>	<b>3.7 Altro<sup>(4)</sup></b> ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....		

## **ALLEGATI RICHIESTI**

1. fotocopia documento di identità in corso di validità
2. copia conforme del certificato rilasciato dall'autorità competente attestante che il richiedente è persona non deambulante con disabilità totale, ovvero attestante la menomazione o limitazione permanente di carattere fisico o di carattere sensoriale o di carattere cognitivo del richiedente<sup>(11)</sup>
3. preventivo di spesa e progetto dettagliato relativi alle opere edilizie direttamente finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche (art. 9 del Regolamento)
4. preventivo di spesa e documentazione tecnica relativi all'acquisto e all'installazione di attrezzature finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche (art. 10 del Regolamento)
5. eventuale copia conforme della dichiarazione dei redditi della persona disabile che chiede il contributo o del familiare che lo dichiara a proprio carico ai sensi dell'articolo 12-13 del D.P.R. 917/1986
6. benessere del proprietario dell'unità immobiliare alla realizzazione degli interventi (da allegare solo nel caso di richiedente diverso dal proprietario)

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. 196/2003  
E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
(art. 46-48 D.P.R. n. 445/2000)**

la/il sottoscritta/o .....C. F.....

richiedente il contributo regionale ai sensi dell'art. 2 del Regolamento di attuazione della L.R. 47/1991

**DICHIARA**

- di essere stata/o riconosciuta/o dalla autorità competente:

1.	<input type="checkbox"/>	Persona non deambulante con disabilità totale
2.	<input type="checkbox"/>	Persona con menomazione o limitazione permanente di tipo fisico o sensoriale o cognitivo
	2.a	<input type="checkbox"/> Disabilità grave
	2.b	<input type="checkbox"/> Disabilità completa

- che nell'immobile in cui è residente (o in cui assumerà la residenza entro tre mesi dal momento della comunicazione del Comune dell'ammissione al contributo quale beneficiario)

sono presenti le seguenti barriere architettoniche:

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

che gli comportano le seguenti difficoltà:

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

- che, al fine di rimuovere tali ostacoli, intende realizzare i seguenti interventi (riferimento: Descrizione degli interventi)<sup>(12)</sup>



Categoria 1. <input type="checkbox"/>	1.1 <input type="checkbox"/>	1.2 <input type="checkbox"/>	1.3 <input type="checkbox"/>	1.4 <input type="checkbox"/>	1.5 <input type="checkbox"/>	1.6 <input type="checkbox"/>	1.7 <input type="checkbox"/>		
Categoria 2. <input type="checkbox"/>	2.1 <input type="checkbox"/>	2.2 <input type="checkbox"/>	2.3 <input type="checkbox"/>	2.4 <input type="checkbox"/>	2.5 <input type="checkbox"/>	2.6 <input type="checkbox"/>	2.7 <input type="checkbox"/>	2.8 <input type="checkbox"/>	
Categoria 3. <input type="checkbox"/>	3.1 <input type="checkbox"/>	3.2 <input type="checkbox"/>	3.3 <input type="checkbox"/>	3.4 <input type="checkbox"/>	3.5 <input type="checkbox"/>	3.6 <input type="checkbox"/>	3.7 <input type="checkbox"/>		

• che tali interventi non sono stati eseguiti né sono in corso di opera e che le attrezzature non sono state acquistate;

• che avente diritto al contributo,<sup>(13)</sup> in quanto onerato della spesa per la realizzazione degli interventi, è:

a.  la/il sottoscritta/o richiedente

b.  la/il sig.ra/e..... nata/o a .....il.....

C.F.....residentein..... via/piazza.....cap.....

in qualità di: b.1  esercente la tutela, la potestà ovvero l'amministrazione di sostegno nei confronti della persona disabile

b.2  proprietario

b.3  amministratore del condominio

b.4  altro.....

• di essere a conoscenza che il contributo regionale sarà erogato dal Comune **dopo l'esecuzione delle opere edilizie e/o dopo l'acquisto e l'installazione delle attrezzature**, sulla base della documentazione attestante le spese SOSTENUTE (fatture quietanzate).

### TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), La informiamo che i dati personali forniti saranno trattati nel rispetto della normativa vigente e secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza.

Il titolare del trattamento è il Comune di San Giuliano Terme (PI), con sede in Via G.B.Niccolini, n. 25 – 56017, in persona del Sindaco in carica, pec: comune.sangiulianoterme@postacert.toscana.it; email: protocollo@comune.sangiulianoterme.pisa.it - Centralino 050 819111.

Responsabile della Protezione dei dati (RPD) Dott. Giulio Elmini. Il responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente competente del settore specifico e/o tematico al quale si riferiscono le informazioni, le pubblicazioni ed ogni altro dato, secondo gli atti di organizzazione vigenti.

**la/il richiedente**

.....  
(firma leggibile)

**l'avente diritto al contributo<sup>(14)</sup>**

.....  
(luogo e data)

.....  
(firma leggibile)

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

## NOTE

- (1) Indicare la residenza anagrafica del richiedente.
- (2) Barrare la casella e specificare se si abita l'immobile a titolo diverso dalla proprietà o dalla locazione (ad es. convivenza, comodato, ecc.).
- (3) Per la realizzazione delle opere edilizie - art. 5, comma 1, lettera a) del Regolamento -, con i fondi regionali possono essere concessi contributi in misura non superiore al 50 per cento della spesa effettivamente sostenuta, ivi comprese le spese tecniche, e comunque per un importo non superiore a 7.500,00 Euro per ogni singolo intervento. (art. 9 del Regolamento)  
Per l'acquisto e l'installazione delle attrezzature - art. 5, comma 1, lettera b) del Regolamento -, possono essere concessi contributi con i fondi regionali in misura non superiore al 50 per cento della spesa effettivamente sostenuta e comunque per un importo non superiore a 10.000,00 Euro per ogni singolo intervento. (art. 10 del Regolamento)
- (4) Specificare l'ambito di intervento.
- (5) Rientrano in quest'ambito di intervento: rilevatori di fumo, rilevatori di gas, rilevatori perdite d'acqua ecc.
- (6) Rientrano in quest'ambito di intervento: sistemi anti-intrusione, rilevatori di presenza, videocitofoni ecc.
- (7) Rientrano in quest'ambito di intervento: sistemi per il controllo del microclima, sistemi per il controllo dell'impianto di illuminazione ecc.
- (8) Rientrano in quest'ambito di intervento: interfono, telefoni speciali per disabili uditivi, sistemi di telesoccorso, sistemi di telemedicina ecc.
- (9) Rientrano in quest'ambito di intervento: dispositivi di apertura a distanza, dispositivi di apertura/chiusura di porte, finestre ed elementi schermanti ecc.
- (10) Rientrano in quest'ambito di intervento: letti regolabili, movimentazione arredi, armadi con servetto, gestione elettrodomestici ecc.
- (11) Per attestare la disabilità della persona con menomazioni o limitazioni permanenti di carattere fisico o di carattere sensoriale o di carattere cognitivo, sono considerate valide le certificazioni rilasciate dalle competenti Commissioni delle Aziende Sanitarie ovvero da altra struttura competente in materia secondo la legislazione vigente (es.: INAIL per gli invalidi del lavoro).
- (12) Barrare la casella corrispondente agli interventi da effettuare.
- (13) Il soggetto avente diritto al contributo può non coincidere con la persona disabile qualora questa non provveda alla realizzazione delle opere a proprie spese. (art. 3 comma 1 del Regolamento)
- (14) La dichiarazione è sottoscritta, per conferma del contenuto e per adesione, anche dal soggetto che ha materialmente sostenuto le spese, se questi non corrisponde alla/al richiedente. (art. 3 comma 2 del Regolamento)