


**ALLEGATO A**

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



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

.....