

PROVVEDIMENTO DEL DIRETTORE

Numero del provvedimento	60
Data del provvedimento	6 ottobre 2023
Oggetto	Società della Salute
Contenuto	RETTIFICA DELL'ALLEGATO B AL PROVVEDIMENTO DEL DIRETTORE N. 48 DEL 15 SETTEMBRE 2023 "APPROVAZIONE AVVISO E MODULO DI DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO INDIPENDENZA E AUTONOMIA – INAUT – ANNO 2023"

Ufficio/Struttura	Direzione Società della Salute
Resp. Ufficio/Struttura	Marco Nerattini
Resp. del procedimento	Marco Nerattini

Conti Economici			
Spesa	Descrizione Conto	Codice Conto	Anno Bilancio
Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Allegati Atto		
Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
B	13	Modulo rettificato per la presentazione della domanda di partecipazione all'intervento "Indipendenza e autonomia – InAut – Anno 2023"



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

IL DIRETTORE

Premesso che la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40, e ss.mm.ii. (*“Disciplina del servizio sanitario regionale”*) e, segnatamente il capo III bis (*“Società della Salute”*), articoli 71 bis e ss., disciplina il nuovo assetto organizzativo dei servizi sanitari territoriali, sociosanitari e sociali integrati tramite la costituzione delle Società della Salute;

Dato Atto che in data 8 marzo 2010 è stata stipulata dagli enti consorziati la Convenzione della Società della Salute di Firenze, con allegato lo Statuto del Consorzio, entrato in vigore a seguito di detta stipula, già approvata dal Consiglio Comunale di Firenze e dal Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria di Firenze;

Visto l’art. 12 dello Statuto che stabilisce le attribuzioni del Direttore della Società della Salute di Firenze;

Preso atto che con decreto del Presidente della Società della Salute di Firenze 30 giugno 2021, n. 1, il sottoscritto, dott. Marco Nerattini, è stato nominato Direttore del Consorzio e che l’incarico è decorso dal 01 luglio 2021;

Richiamato Il Provvedimento del Direttore della Società della Salute n. 48 del 15 settembre 2023, con il quale si è approvato l’Avviso ed il modulo di domanda per la partecipazione al Progetto Indipendenza e Autonomia – InAut – anno 2023

Dato atto che nell’allegato “Modulo per la presentazione della domanda di partecipazione all’intervento Indipendenza e Autonomia – InAut – anno 2023” si è riscontrato un errore relativo alle spese ammissibili del trasporto, in particolare le spese di carburante, che invece sono ammissibili purchè debitamente quietanzate

Tenuto conto che tale errore avrebbe comportato una limitazione nella predisposizione dei Progetti personalizzati non in linea con le direttive regionali di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 759 del 03/07/2023

Ritenuto pertanto opportuno rettificare il citato allegato, approvarlo nella nuova forma e pubblicarlo

RITENUTO, infine, opportuno, per motivi di urgenza, dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile, ai sensi dell’art.42, comma quarto, della L.R.T. n. 40 del 24/02/2005 e ss.mm.ii, al fine di attivare tempestivamente le nuove modalità di gestione della lista d’attesa sopra indicate;

ATTESTATA la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi dell’art. 147 bis del D.Lgs. 267/00;

VISTO l’articolo 12 dello Statuto della Società della Salute di Firenze;

DISPONE

Per i motivi espressi in narrativa:

1) di rettificare l’allegato B al Provvedimento del Direttore n. 48 del 15 settembre 2023

Documento firmato digitalmente



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

- 2) di approvare il modello rettificato che è allegato al presente Atto
- 3) di confermare tutto il restante contenuto del Provvedimento n. 48 del 15 settembre 2023 ed i suoi allegati
- 4) di integrare la pubblicazione dell'Avviso già avvenuta in data 15 settembre 2023, sostituendo l'allegato "Modulo rettificato per la presentazione della domanda di partecipazione all'intervento "Indipendenza e autonomia - InAut - Anno 2023
- 5) di trasmettere altresì il presente atto agli Enti aderenti ed al Collegio Sindacale
- 6) di dare pubblicità alla presente deliberazione mediante affissione all'Albo Pretorio del Consorzio, ove rimarrà per dieci giorni consecutivi, e mediante pubblicazione sul sito informatico della Società della Salute, ove resterà accessibile a tempo indeterminato.

Estensore: Laura Marchesin

Il Provvedimento è firmato digitalmente da:

IL DIRETTORE

Dott. Marco Nerattini



Regione Toscana



QUADRO C – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE (nel quale si realizza il progetto)

- che la composizione del nucleo familiare convivente è la seguente:

Numero persone totali del nucleo di cui con disabilità (*n. totale escludendo il richiedente*)

QUADRO D – LISTA ATTESA VITA INDIPENDENTE REGIONALE

- di essere collocato in lista di attesa per il contributo per progetti di vita indipendente a valere sui fondi regionali (barrare) **NO**

SI (*N.B. Il tempo di permanenza in lista e in riferimento alla data di presentazione della domanda, è rilevato d'ufficio dalla Società della Salute di Firenze*).

QUADRO E

- di essere beneficiario del contributo a sostegno del proprio progetto InAut: (*barrare*)

NO

SI (*i periodi finanziati ed il relativo punteggio sono rilevati d'ufficio dalla Società della Salute di Firenze*).

RICHIEDE

un contributo per il sostegno al proprio progetto di vita indipendente

QUADRO F – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

- F1) supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo;
- F2) formazione universitaria, dottorato o master post-laurea;
- F3) sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti;
- F4) sostegno al ruolo genitoriale;
- F5) percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- F6) accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti);
- F7) sostegno alle attività quotidiane e domestiche;
- F8) accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive, associative, di volontariato o per il tempo libero.

(E' possibile barrare uno o più obiettivi)

Nel caso di più obiettivi progettuali, il punteggio è assegnato all'obiettivo prevalente, intendendo con questo, l'obiettivo sul quale sono allocate le maggiori spese, come vengono indicate al **Quadro H**.

CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE

(compilare i punti sottostanti limitatamente agli obiettivi riferiti al proprio progetto di vita, così come individuati – barrandoli - nella sezione precedente)



F1) Supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo:

Data avvio: _____

Specificare nome e sede attività: _____

F2) Formazione universitaria, dottorato o master post-laurea:

Data avvio: _____

Durata: _____ (num. ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: _____

F3) Sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti:

Data avvio: _____

Durata: _____ (num. ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: _____

F4) Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli _____

Età _____

con disabilità (SI) (NO) (barrare)

Numero settimane di gravidanza _____

F5) Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine:

Data avvio: _____

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza _____

Se uscita dal nucleo familiare di origine, indicare se housing - cohousing _____

F6) Accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti):

Data avvio: _____

Durata: _____ (num. ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: _____

F7) Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:

Data avvio: _____

Durata: _____ (num. ore, numero mesi)

F8) Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive, associative, di volontariato o per il tempo libero:

Data avvio: _____

Durata: _____ (num. ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: _____

QUADRO G – DURATA DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Indicare numero di mesi per i quali si richiede il contributo _____



(durata minima 6 mesi; durata massima 12 mesi)

QUADRO H – SPESE PREVISTE E PIANO ECONOMICO MENSILE DI PROGETTO

Elenco delle spese ammissibili, barrare quelle previste e specificare quanto richiesto.

N.B. Per ognuno degli obiettivi barrati al quadro F, occorre riportare di seguito, negli appositi spazi e in modo distinto, i dati richiesti, riportando anche, negli spazi segnati con i puntini, il testo descrittivo degli obiettivi stessi.

ATTENZIONE: ogni obiettivo va indicato separatamente dagli altri individuati. Non accorpare più obiettivi. Qualora la stessa spesa sia riferibile a più obiettivi - ad esempio la spesa per lo stesso assistente personale, se utilizzato per più obiettivi - va ripartita tra i vari obiettivi interessati, secondo valutazioni proprie del richiedente, al fine di evitare che la spesa stessa risulti duplicata, rendendo incoerente il piano di spesa complessivo). Le varie spese indicate, infatti, nei vari obiettivi vengono sommate per determinare la spesa complessiva richiesta.

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO.....
INDICATO NEL QUADRO F, SPECIFICARE:

- Assistente personale/ altra figura professionale
 Numero assistenti/ altri professionisti _____
 (se figura professionale diversa, specificare tipologia _____)
 Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
 Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)

- Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale
 Spese affitto _____ (indicare importo mensile)
 Materiale di consumo _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)
 Utenze _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)

- Trasporto
 Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)
 Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
 Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO.....
INDICATO NEL QUADRO F, SPECIFICARE:

- Assistente personale/ altra figura professionale
 Numero assistenti/ altri professionisti _____
 (se figura professionale diversa, specificare tipologia _____)
 Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
 Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)

- Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale
 Spese affitto _____ (indicare importo mensile)



Materiale di consumo _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)
Utenze _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)

- Trasporto
 - Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)
 - Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
 - Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO.....
INDICATO NEL QUADRO F, SPECIFICARE:

- Assistente personale/ altra figura professionale
 - Numero assistenti/ altri professionisti _____
 - (se figura professionale diversa, specificare tipologia _____)
 - Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
 - Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)

- Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale
 - Spese affitto _____ (indicare importo mensile)
 - Materiale di consumo _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)
 - Utenze _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)

- Trasporto
 - Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)
 - Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
 - Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO.....
INDICATO NEL QUADRO F, SPECIFICARE:

- Assistente personale/ altra figura professionale
 - Numero assistenti/ altri professionisti _____
 - (se figura professionale diversa, specificare tipologia _____)
 - Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
 - Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)

- Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale
 - Spese affitto _____ (indicare importo mensile)
 - Materiale di consumo _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)
 - Utenze _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)

- Trasporto



Regione Toscana



- Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)
- Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
- Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

Se vi sono altre spese da indicare relativamente ad altri obiettivi indicati al quadro F, utilizzare la pagina integrativa allegata al fac-simile della domanda.

TOTALE CONTRIBUTO MENSILE RICHIESTO (sommare le varie voci elencate per i vari obiettivi):

€ -----

La titolarità e la responsabilità nella scelta dell'assistente personale o di altra figura professionale e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente.

QUADRO I – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE

(riportare di seguito le prestazioni/servizi/interventi di cui già la persona richiedente usufruisce)

1) Prestazioni/ interventi domiciliari in forma indiretta:

- contributo per progetto vita indipendente
- contributo disabilità gravissime
- contributo SLA
- contributo Home Care Premium
- contributo a valere sul Fondo Sociale Europeo
 - altro tipo di titolo/assegno/contributo per l'acquisto di servizi, per il sostegno alle funzioni assistenziali, per l'assunzione di un assistente personale o per il caregiver familiare (specificare)

Si ricorda che nel caso in cui la persona risultasse vincitrice del contributo per l'intervento InAut, gli altri contributi dovranno essere interrotti, essendo prestazioni non compatibili tra loro (dovrà pertanto essere presentata formale rinuncia).

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi): (barrare)

- (SI)
- (NO)

3) Inserimento permanente in una struttura residenziale: (barrare)

- (SI)
- (NO)

Ai fini di una corretta e completa valutazione, è possibile descrivere i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto (questa parte va compilata obbligatoriamente):



Regione Toscana



—
Data _____ Firma _____

N.B. ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' sia di chi sottoscrive la domanda e del diretto interessato. OPPURE

<p>QUADRO M - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE ¹</p> <p>La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal Pubblico Ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).</p> <p>Il sottoscritto (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra (Cognome/Nome) _____</p> <p>della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____</p> <p>Data _____ Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)</p> <p>Firma _____</p>
--

¹ Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.



Informativa sulla *privacy* ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 in relazione al progetto InAut (anno 2020) - D.G.R.T. 759/2023 “Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei Progetti di vita indipendente denominati Indipendenza e Autonomia - InAut. A valere sul Fondo per la Non Autosufficienza 2022-2024 e Provvedimento del Direttore della Società della Salute di Firenze n. 48/2023 e successiva modifica

<i>Descrizione del presente documento</i>	Con la presente informativa la Società della Salute di Firenze, quale titolare del trattamento, descrive come vengono raccolti, utilizzati, condivisi e conservati i dati personali delle persone richiedenti l’attivazione del progetto InAut di cui alla D.G.R.T. 814/2020 e ssmmii “Piano per la Non Autosufficienza 2019-2021: Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti di vita indipendente” e al Provvedimento del Direttore della Società della Salute di Firenze n. 40/2020.
<i>Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati</i>	<p>Titolare del trattamento è la Società della Salute di Firenze, con sede in Firenze, Viale della Giovine Italia n 1/1, 50122, e-mail: direttore@sds.firenze.it, pec: segreteria@pec.sds.firenze.it.</p> <p>Responsabile della protezione dei dati è l’Avv. Michele Morriello, con sede in Firenze, Viale A. Gramsci n. 53, e-mail.: sds@dpo-rpd.eu</p>
<i>Fonte dei dati personali</i>	I dati personali raccolti sono quelli forniti al momento della sottoscrizione del piano di spesa e di accettazione del buono servizio.
<i>Trattamento dei dati personali</i>	I dati personali, compresi i c. d. dati sensibili, sono trattati esternamente presso il domicilio o la residenza delle persone beneficiarie dei buoni servizio per il tempo strettamente necessario e per finalità esclusivamente di assistenza e di riabilitazione oppure per finalità di rendicontazione a fini amministrativi ed economici e al solo fine della realizzazione del progetto.
<i>Comunicazione dei dati</i>	<p>I dati personali delle persone richiedenti non saranno comunicati a terzi salvo i casi di seguito descritti e previo consenso dei diretti interessati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a fornitori di servizi informatici per la gestione



	<p>informatizzata dei documenti;</p> <ul style="list-style-type: none"> - a soggetti istituzionali per fini istituzionali quali l'Azienda USL Toscana Centro, le aziende ospedaliere universitarie, il Comune di Firenze e eventuali altri Comuni, le Autorità Giudiziarie, le Forze di polizia, la Regione Toscana, il Ministero della Salute, ecc..
<i>Trasferimento internazionali dei dati</i>	I dati personali saranno trattati esclusivamente all'interno del territorio italiano ed europeo. Non saranno inviati in altri paesi extraeuropei.
<i>Sicurezza</i>	Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza e di protezione organizzative, amministrative e tecniche con particolare riferimento ai dati informatizzati per garantire l'utilizzo dei dati soltanto per il tempo strettamente necessario e soltanto da parte degli operatori, sia esterni che interni alla Società della Salute di Firenze, secondo le rispettive competenze e al solo fine della realizzazione del progetto, cioè dello scopo istituzionale per il quale sono stati raccolti.
<i>Conservazione dei dati</i>	Secondo la normativa specifica in materia di conservazione e di archiviazione dei documenti, la documentazione inerente il progetto in questione sarà conservata per 10 anni a decorrere dal momento in cui sono cessate le relative prestazioni.
<i>Accesso ai propri dati personali e diritti degli interessati</i>	<p>Le persone dirette interessate o i soggetti legittimati in loro rappresentanza (tutore, curatore, amministratore di sostegno, procuratore, delegato) possono in qualsiasi momento accedere ai propri dati e chiedere eventuali aggiornamenti, rettifiche o cancellazioni, oppure possono chiedere che i loro dati personali siano rimossi dagli archivi della Società della Salute di Firenze (in base al c.d. diritto all'oblio introdotto dal Regolamento UE n. 679/2016).</p> <p>Gli utenti possono revocare il consenso all'utilizzo dei propri dati c.d. sensibili in qualsiasi momento. In tal caso non sarà più possibile continuare a erogare le prestazioni socio-sanitarie connesse a tali dati.</p> <p>Infine, le persone interessate possono chiedere in qualsiasi momento una copia oppure una revisione e/o ricognizione dei propri dati detenuti e conservati dalla Società della Salute di Firenze</p> <p>Le persone possono esercitare i loro diritti come sopra descritto scrivendo al seguente indirizzo e-mail: direttore@sds.firenze.it.</p>
<i>Quesiti o reclami</i>	Per ulteriori dettagli e maggiori informazioni è sempre possibile contattare il titolare del trattamento o il Responsabile della protezione dei dati agli indirizzi e-mail sopra evidenziati.



Regione Toscana



	E' sempre possibile contattare direttamente l'Autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali) con sede in Piazza Montecitorio n. 121, 00186, Roma, tel. 06/696771, e-mail: garante@gpdp.it , pec: protocollo@pec.gpdp.it .
--	--

Data: ___ / ___ / _____

Per presa visione: _____
(firma)

Per consenso espresso al trattamento dei dati c.d. sensibili di cui alle categorie dell'art. 9 del Regolamento UE n. 679/2016

(firma)

LA DATA DI SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E' FISSATA PER IL 14 OTTOBRE 2023 (30 GIORNI DAL 15 SETTEMBRE 2023)

PAGINA INTEGRATIVA - DA UTILIZZARE SOLO NEL CASO IN CUI GLI OBIETTIVI INDICATI AL QUADRO F SIANO MAGGIORI DI 4 E QUINDI NON SIANO SUFFICIENTI GLI SPAZI INDIVIDUATI AL QUADRO H: pag. 5-6-7) – indicare presenza tra gli allegati

INTEGRAZIONI AL QUADRO H – SPESE PREVISTE E PIANO ECONOMICO MENSILE DI PROGETTO

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO.....
INDICATO NEL QUADRO F, SPECIFICARE:

Assistente personale/ altra figura professionale



Numero assistenti/ altri professionisti _____
 (se figura professionale diversa, specificare tipologia _____)
 Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
 Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)

- Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale
 - Spese affitto _____ (indicare importo mensile)
 - Materiale di consumo _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)
 - Utenze _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)

- Trasporto
 - Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)
 - Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
 - Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO.....
INDICATO NEL QUADRO F, SPECIFICARE:

Assistente personale/ altra figura professionale
 Numero assistenti/ altri professionisti _____
 (se figura professionale diversa, specificare tipologia _____)
 Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
 Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)

- Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale
 - Spese affitto _____ (indicare importo mensile)
 - Materiale di consumo _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)
 - Utenze _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)

- Trasporto
 - Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)
 - Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
 - Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO.....
INDICATO NEL QUADRO F, SPECIFICARE:

Assistente personale/ altra figura professionale
 Numero assistenti/ altri professionisti _____
 (se figura professionale diversa, specificare tipologia _____)
 Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
 Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)

- Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale



Spese affitto _____ (indicare importo mensile)
 Materiale di consumo _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)
 Utenze _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)

- Trasporto
 - Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)
 - Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
 - Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO.....
INDICATO NEL QUADRO F, SPECIFICARE:

- Assistente personale/ altra figura professionale
 - Numero assistenti/ altri professionisti _____
 - (se figura professionale diversa, specificare tipologia _____)
 - Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
 - Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)

- Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale
 - Spese affitto _____ (indicare importo mensile)
 - Materiale di consumo _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)
 - Utenze _____ (indicare oggetto e spesa media mensile)

- Trasporto
 - Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)
 - Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
 - Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

SOTTOSCRIZIONE PAG.INTEGRATIVA _____
 (firma beneficiario o legale rappresentate)



CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Atto n. 60 del 6 ottobre 2023

In pubblicazione all'Albo della Società della Salute dal 6 ottobre 2023 al 15 ottobre 2023

**Esecutiva ai sensi della Legge Regionale Toscana n.40 del 24 febbraio 2005
in data 6 ottobre 2023**