



Regione Toscana

**GIOVANI sì**



## Allegato B

### Modulo per la presentazione della domanda di partecipazione all'intervento "Indipendenza e Autonomia – InAut"

(D.G.R.T. 759/2023 "Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti di vita indipendente")

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

#### QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

nato/a il |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

con domicilio (se diverso dalla residenza) in \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Stato civile <sup>a)</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza <sup>b)</sup> \_\_\_\_\_

Vedi note

In caso di presentazione da parte di altro soggetto:

#### QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

in qualità di *rappresentante legale* del sotto indicato beneficiario:

(Amministratore di Sostegno/Tutore/altro specificare)

#### DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

nato/a il |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.za \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

con domicilio (se diverso dalla residenza) in \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CAP _____	Tel. _____
Codice Fiscale: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	
Indirizzo di posta elettronica _____	
Stato civile <sup>a)</sup> _____	Cittadinanza <sup>b)</sup> _____
<u>Vedi note</u>	

**NOTE:**

a) Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n .....  
rilasciata alla Questura di ..... con scadenza il ..... o in corso di  
rinnovo con ricevuta di presentazione in data ..... Rifugiato politico (indicare l'ente che ha  
rilasciato l'attestato, il numero e la data) .....

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

**CHIEDE**

di poter partecipare all'intervento InAut.

A tale scopo

**DICHIARA**

**QUADRO B – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE DI SALUTE**

- di essere in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92

(barrare) ☐ (SI) ☐ (NO)

- di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale,  
non inferiore al 100% (barrare) ☐ (SI) ☐ (NO)

- diagnosi principale .....

Altre patologie presenti .....

Medico di medicina generale ..... (cognome e nome)

Specialista di riferimento ..... (cognome e nome)

**(E' possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)**

**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 \_\_\_\_\_ di cui con disabilità (n. totale **escludendo** il richiedente) \_\_\_\_\_

**QUADRO D**

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

**NO** ☐

**SI** ☐ (N.B. 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 E – 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 – co-housing \_\_\_\_\_

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 F – 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 G – 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 E, occorre riportare di seguito, negli appositi spazi e in modo distinto, i dati richiesti, riportando anche nello spazio, il testo descrittivo degli obiettivi stessi o la lettera di riferimento.

**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 E, SPECIFICARE:

- ☐ Assistente personale/ altra figura professionale  
Numero assistenti/ altri professionisti \_\_\_\_\_  
(se figura professionale diversa, specificare tipologia \_\_\_\_\_ )  
Numero ore che si prevede di contrattualizzare \_\_\_\_\_ (indicare se settimanali o mensili)  
Spesa media mensile \_\_\_\_\_ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13<sup>a</sup>/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 E, 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<sup>^</sup>/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 E, 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<sup>^</sup>/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 E, 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<sup>^</sup>/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)

**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 H – 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 a valere sul Fondo Sociale Europeo

☐ contributo disabilità gravissime

☐ contributo SLA

☐ contributo Home Care Premium

☐ altro 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)*:**

---

---

---

---

---

---

---



**Informativa sulla *privacy* ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 in relazione al progetto InAut (anno 2026) - 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**

<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. 759/2023 “Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti di vita indipendente denominati Indipendenza e Autonomia – InAut” – Bando anno 2026
<i>Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati</i>	Titolare del trattamento è la Società della Salute di Firenze, con sede in Firenze, Viale della Giovine Italia n 1/1, 50122, e-mail: <a href="mailto:direttore@sds.firenze.it">direttore@sds.firenze.it</a> , pec: <a href="mailto:segreteria@pec.sds.firenze.it">segreteria@pec.sds.firenze.it</a> . Responsabile della protezione dei dati è l’Avv. Michele Morriello, con sede in Firenze, Viale A. Gramsci n. 53, e-mail: <a href="mailto:sds@dpo-rpd.eu">sds@dpo-rpd.eu</a>
<i>Fonte dei dati personali</i>	I dati personali raccolti sono quelli forniti al momento della sottoscrizione della domanda allegata (Allegato B al Decreto Dirigenziale della Regione Toscana n. 25386 del 27/11/2025)
<i>Trattamento dei dati personali</i>	I dati personali, compresi i c. d. dati sensibili, che raccogliamo per le finalità di monitoraggio, comunicazione, controllo e archiviazione, previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.
<i>Comunicazione dei dati</i>	I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
<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 della 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>	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). 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. 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 Le persone possono esercitare i loro diritti come sopra descritto scrivendo al seguente indirizzo e-mail: <a href="mailto:direttore@sds.firenze.it">direttore@sds.firenze.it</a> .
<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. 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: <a href="mailto:garante@gpdp.it">garante@gpdp.it</a> , pec: <a href="mailto:protocollo@pec.gpdp.it">protocollo@pec.gpdp.it</a> .

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 13 FEBBRAIO 2026 (30 GIORNI DAL 15 GENNAIO 2026)**