



Amministrazione destinataria

Comune di Strangolagalli

Ufficio destinatario

Ufficio servizi sociali, cultura, pubblica istruzione, servizi cimiteriali, trasporti



## Domanda di concessione del contributo per l'abbattimento delle barriere architettoniche

*Ai sensi della Legge 09/01/1989, n. 13*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### in qualità di

Ruolo

<input type="radio"/>	proprietario
<input type="radio"/>	conduttore, pertanto <b>allega dichiarazione sostitutiva di consenso del proprietario alla realizzazione degli interventi</b>
<input type="radio"/>	affittuario, pertanto <b>allega dichiarazione sostitutiva di consenso del proprietario alla realizzazione degli interventi</b>
<input type="radio"/>	altro (specificare) <b>pertanto allega dichiarazione sostitutiva di consenso del proprietario alla realizzazione degli interventi</b>

### CHIEDE

l'erogazione del contributo per l'abbattimento delle barriere architettoniche

### collocate nell'immobile sito in

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP

Ulteriori immobili oggetto del procedimento *(allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")*

il procedimento riguarda \_\_\_\_\_ ulteriori immobili

**che è stato costruito****Data costruzione**

- prima dell'11 agosto 1989
- dopo l'11 agosto 1989

**dove sono presenti le seguenti barriere architettoniche****Barriere architettoniche****prevedendo una spesa di****Spesa prevista al netto di IVA**

€

**per la seguente opera o più opere funzionalmente connesse****Descrizione dell'opera****Accesso all'immobile o alla singola unità immobiliare**

- rampa di accesso
- servo scala
- installazione piattaforma o elevatore
- adeguamento piattaforma o elevatore
- installazione ascensore
- adeguamento ascensore
- ampliamento porte di ingresso
- adeguamento percorsi orizzontali condominiali
- installazione dispositivi di segnalazione per favorire la mobilità dei non vedenti all'interno degli edifici
- installazione meccanismi di apertura e chiusura porte
- acquisto bene mobile non elettrico idoneo al raggiungimento del medesimo fine, essendo l'opera non realizzabile per impedimenti materiali/giuridici
- altro (specificare)

**Fruibilità e visitabilità dell'alloggio**

- adeguamento spazi interni all'alloggio (bagno, cucina, camere, ecc.)
- adeguamento percorsi orizzontali e verticali interni all'alloggio
- altro (specificare)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

che l'avente diritto al contributo, in quanto onerato dalla spesa, è

<input type="radio"/>	il sottoscritto		
<input type="radio"/>	il seguente soggetto		
	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice fiscale</b>
	<b>In qualità di (*)</b>		

*In qualità di (\*):*

*esercitante la potestà o tutela nei confronti del portatore di handicap, avente a carico il sottoscritto portatore di handicap, avente a carico il sottoscritto portatore di handicap, unico proprietario, amministratore del condominio, altro titolo*

### DICHIARA INOLTRE

- che la persona disabile è stata riconosciuta dalla competente commissione medico legale
- |                                  |
|----------------------------------|
| <b>Commissione medico legale</b> |
|                                  |
- che la persona disabile ha presentato domanda di accertamento di invalidità in data
- |  |
|--|
| <b>Data domanda di accertamento invalidità</b> |
|  |
- che la persona disabile
- |  |
|--|
| <input type="radio"/> è residente nell'immobile per cui viene richiesto il contributo                          |
| <input type="radio"/> si impegna a trasferire la residenza nell'immobile per cui viene richiesto il contributo |
- che le opere per cui viene richiesto il contributo non sono esistenti in corso di esecuzione e che saranno realizzate nel rispetto della Legge 09/01/1989, n. 13 e del Decreto Ministeriale 14/06/1989, n. 236
- che per la realizzazione di tali opere non gli è stato concesso altro contributo

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

--

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input checked="" type="checkbox"/>	certificazione medica di disabilità e di diagnosi funzionale
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del certificato di invalidità civile
<input checked="" type="checkbox"/>	copia della dichiarazione ISEE
<input type="checkbox"/>	dichiarazione sostitutiva di consenso del proprietario alla realizzazione degli interventi
<input checked="" type="checkbox"/>	preventivo di spesa contenente la descrizione delle opere al netto dell'IVA
<input type="checkbox"/>	verbale dell'assemblea del condominio, nel quale sia indicato il consenso dei condomini alla realizzazione degli interventi <i>(da allegare nel caso in cui le barriere da eliminare siano presenti in parti comuni del condominio)</i>
<input type="checkbox"/>	ulteriori immobili oggetto del procedimento
<input checked="" type="checkbox"/>	pagamento dell'imposta di bollo
<input type="checkbox"/>	copia del permesso di soggiorno <i>(da allegare se cittadino extracomunitario)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Strangolagalli

Luogo

Data

il dichiarante