



**Amministrazione destinataria**

Comune di Sarmede

**Ufficio destinatario**

Ufficio Assistenza Sociale



## Domanda di concessione del contributo regionale per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche

*Ai sensi della Legge Regionale 12/07/2007, n. 16*

**Il sottoscritto**

Cognome			Nome			Codice Fiscale				
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			

**in qualità di**

**Ruolo**

- proprietario
- conduttore
- affittuario
- altro *(specificare)*

**dell'immobile di proprietà**

**Tipo proprietà**

- pubblica
- privata

**collocato in**

Particella terreni o Unità imm. urbana		Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**e in qualità di**

**Titolo**

- persona con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale
- persona esercente la potestà, tutela o curatela su soggetti con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale
- legale rappresentante del seguente ente privato

Denominazione/Ragione sociale						Tipologia				
Sede legale										
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP	
								<input type="checkbox"/>		
Codice Fiscale				Partita IVA						
Telefono			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

### CHIEDE

l'erogazione del contributo regionale per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche in

- edifici e spazi privati aperti al pubblico
- edifici privati
  - case di civile abitazione
  - luoghi di lavoro
- facilitatori della vita di relazione
- adattamento di mezzi di locomozione privati
  - moto o autoveicoli in funzione delle minorazioni anatomiche e funzionali
  - adattamenti di mezzi ai fini del trasporto di persone con disabilità

### prevedendo una spesa di

Importo preventivo

€

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'immobile oggetto dell'intervento è adibito a

- residenza principale
- posto di lavoro stabilmente occupato
- altro (specificare)

### della persona con disabilità

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza

## che intende procedere

### Tipo attività

- alla realizzazione delle seguenti opere, finalizzate al superamento e all'eliminazione delle seguenti barriere architettoniche

#### Descrizione opere

#### Descrizione barriere architettoniche

#### Tipologia di edificio su cui intervenire

- edificio e spazio privato aperto al pubblico
- edificio privato
- edificio privato adibito a luogo di lavoro
- edificio di edilizia residenziale agevolata
- all'acquisto e posa in opera dei seguenti ausili o attrezzature, finalizzate al superamento e all'eliminazione delle seguenti barriere architettoniche

#### Descrizione ausili

#### Descrizione barriere architettoniche

#### Tipologia di edificio su cui installare gli ausili

- edificio e spazio privato aperto al pubblico
- edificio privato
- edificio privato adibito a luogo di lavoro
- edificio di edilizia residenziale agevolata
- all'adattamento di mezzi di locomozione privati

#### Descrizione

## DICHIARA INOLTRE

### Contributi regionali o statali

- di non avere ottenuto contributi regionali o statali per le stesse opere o acquisti
- di avere ottenuto i seguenti contributi regionali o statali per le stesse opere o acquisti

#### Descrizione contributi ottenuti

### Domanda per la concessione di un contributo

- di non aver presentato domanda per la concessione di un contributo per il medesimo fine
- di aver presentato domanda per la concessione di un contributo al seguente ente, per il medesimo fine

#### Definizione ente

#### Legge di riferimento

- Legge 05/02/1992, n. 104
- altra legge

#### Descrizione

### Domanda per la concessione di un contributo

- che i lavori non sono stati eseguiti, né sono in corso d'opera
- che gli ausili non sono stati acquistati

**Erogazione contributo**

di essere consapevole che in base alle disposizioni regionali il contributo verrà erogato dal Comune dopo l'esecuzione delle opere o l'acquisto dei beni, sulla base

1. della documentazione attestante la spesa (fattura debitamente quietanzata)
2. della certificazione di regolare esecuzione redatta dal direttore dei lavori per le opere che comportano, a termini di legge, la necessaria assistenza di un tecnico abilitato, ovvero sottoscrizione della ditta che ha effettuato la fornitura o l'installazione di ausili
3. della dichiarazione rilasciata dall'amministrazione condominiale, relativamente alla spesa sostenuta dal richiedente del contributo

**Trasporto di persone con disabilità**

- che la persona trasportata è sprovvista di patente
- che la persona trasportata non è più in grado di guidare l'automezzo

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)****dati identificativi della persona avente diritto al contributo**

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

### Elenco degli allegati

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

- certificato di condizione di disabilità
- copia del certificato medico per eliminazione di barriere architettoniche
- preventivo di spesa intestato al richiedente del contributo
- copia dell'autorizzazione comunale inerente l'opera
- copia della patente di guida
- descrizione delle modifiche da apportare al mezzo
- certificazione attestante le condizioni di menomazione o di disabilità dell'interessato alla guida
- pagamento dell'imposta di bollo
- copia del documento d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### 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.

Sarmede

Luogo

Data

il dichiarante