



Amministrazione destinataria

Comune di Castellarano

Ufficio destinatario

Servizi sociali



## Domanda di concessione del contributo statale per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati

*Ai sensi della Legge 09/01/1989, n. 13 e della Deliberazione della Giunta Regionale 17/02/2014, n. 171*

### 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              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> |
|                      |                      |                             |                      | Scala                         | Piano                |
|                      |                      |                             |                      | <input type="checkbox"/>      | CAP                  |
|                      |                      |                             |                      |                               |                      |
| 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

Titolo

- ☐ persona con disabilità
- ☐ esercente la potestà o tutela o procura o amministrazione di sostegno di

|                      |                      |                             |                      |                               |                          |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 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                       | Scala                    |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|                      |                      |                             |                      |                               | Piano                    |
|                      |                      |                             |                      |                               | <input type="checkbox"/> |
|                      |                      |                             |                      |                               | CAP                      |
|                      |                      |                             |                      |                               |                          |
| Telefono cellulare   | Telefono fisso       | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                          |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                          |

### e in qualità di

Ruolo

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

### dell'immobile di proprietà privata collocato in

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato              | 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="checkbox"/> | <input type="text"/> |

## 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

il contributo per la realizzazione di opere direttamente finalizzate al superamento e all'eliminazione di barriere architettoniche in edifici già esistenti, prevedendo una spesa complessiva (IVA compresa) di

Importo preventivo

€

per la realizzazione di una o più opere funzionalmente connesse, da realizzarsi nell'immobile sopra indicato, o nell'immobile nel quale trasferirà la residenza a lavori ultimati al fine di rimuovere le seguenti barriere architettoniche che creano difficoltà

#### Classificazione opere

- ☐ opere esterne, di accesso all'immobile o alla singola unità immobiliare
- ☐ rampa di accesso
  - ☐ servo scala
  - ☐ 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 di 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)
- ☐ opere interne, di fruibilità e visitabilità dell'alloggio
- ☐ adeguamento spazi interni all'alloggio, quali 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

- ☐ il sottoscritto
- ☐ la seguente persona terza

**persona terza**

|                      |                      |                             |                      |                               |                      |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|
| 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              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> |
|                      |                      |                             |                      | Scala                         | Piano                |
|                      |                      |                             |                      | <input type="checkbox"/>      |                      |
| SNC                  |                      | CAP                         |                      |                               |                      |
| <input type="text"/> |                      | <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

- ☐ avente a carico il soggetto portatore di invalidità
- ☐ proprietario dell'immobile
- ☐ amministratore del condominio
- ☐ responsabile del centro o istituto (così come definito dall'articolo 2 della Legge 27/02/1989, n. 62)

**DICHIARA INOLTRE**

- ☐ la seguente condizione economica del nucleo familiare di cui la persona con disabilità fa parte

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Importo ISEE         | Data di rilascio     | Data fine validità   |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| €                    |                      |                      |

- ☐ che tali opere non sono esistenti o in corso di esecuzione e che saranno realizzate nel rispetto dei dettami della Legge 09/01/1989, n. 13 e del Decreto Ministeriale 14/06/1989, n. 236
- ☐ che le opere riguardano edifici già esistenti al 11 agosto 1989 e non ristrutturati dopo il 11 agosto 1989
- ☐ che per le medesime opere sono stati chiesti oppure concessi altri contributi

|                                |                                                            |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Importo complessivo contributo | Ente che ha erogato il contributo o ha ricevuto la domanda |
| <input type="text"/>           | <input type="text"/>                                       |
| €                              |                                                            |

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)*

- ☐ benessere del proprietario dell'immobile  
*(da allegare in caso il dichiarante è l'affittuario)*
- ☒ certificato di invalidità totale o copia del certificato medico
- ☒ dichiarazione sostitutiva di atto notorio per eliminazione di barriere architettoniche
- ☐ preventivo di spesa
- ☐ verbale di assemblea di condominio
- ☒ 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.

Castellarano

Luogo

Data

il dichiarante