versione 1.0 del 29/03/2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Amministrazione destinataria Comune di Decimomannu  Ufficio destinatario Ufficio protocollo |  |

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

***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** | **Scala** | **Interno** | **SNC** | **CAP** |
|  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| **Telefono cellulare** | | | **Telefono fisso** | | **Posta elettronica ordinaria** | | **Posta elettronica certificata** | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |
| **in qualità di** | | | | | | | | | | | |
| **Ruolo** | | | | | | | | | | | |
|  | proprietario | | | | | | | | | | |
|  | conduzione | | | | | | | | | | |
|  | altro (specificare) | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nell’immobile di proprietà di** | | |
| **Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **sito in** | | | | | | | |
| **Provincia** | | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Piano** |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| **quale** | | | | | | | |
| **Quale** | | | | | | | |
|  | portatore di handicap | | | | | | |
|  | esercente di potestà o tutela su soggetto portatore di handicap | | | | | | |

# CHIEDE

il contributo si sensi della Legge 09/01/1989, n. 13 prevedendo una spesa di

€

**Importo spesa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **per la realizzazione della seguente opera da realizzarsi nell’immobile sopra indicato, al fine di rimuovere una o**  **più barrire** | | |
| **Opera** | | |
|  | A- funzione di accesso all’immobile o alla singola unità immobiliare | |
|  | rampa di accesso |
|  | servo scala |
|  | piattaforma o elevatore |
|  | installazione ascensore |
|  | adeguamento ascensore |
|  | ampliamento porte di accesso all’immobile |
|  | adeguamento percorsi orizzontali condominiali |
|  | installazione dispositivi di segnalazione per favorire la mobilità dei non vedenti all’interno degli edifici |
|  | acquisto bene mobile non elettrico idonea o al raggiungimento del medesimo fine, essendo l’opera non  realizzabile per impedimenti materiali o giuridici |
|  | altro (specificare) |
|  | B – funzione di fruibilità e visibilità 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 della spesa è

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | | **Nome** | **Codice fiscale** |
|  | |  |  |
| **in qualità di** | | | |
|  | esercente potestà o tutela nei confronti del portatore di handicap | | |
|  | avente a carico il soggetto portatore di handicap | | |
|  | unico proprietario | | |
|  | amministratore del condominio | | |
|  | responsabile del centro o istituto ai sensi dell'articolo 2 della Legge 27/02/1989, n. 62 | | |

**Eventuali annotazioni**

|  |  |
| --- | --- |
| **Elenco degli allegati**  *(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)* | |
|  | copia del certificato medico |
|  | certificato di invalidità totale |
|  | dichiarazione sostitutiva di atto notorio per eliminazione di barriere architettoniche |
|  | documento di identità  *(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)* |
|  | 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. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Decimomannu |  |  |
| **Luogo** | **Data** | **Il dichiarante** |