



Amministrazione destinataria
 Comune di Lomagna
 Ufficio destinatario
 Ufficio Servizi Sociali



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

***Ai sensi della Legge 09/01/1989, n. 13
 Per edifici, spazi e servizi esistenti alla data dell'11 agosto 1989***

Il sottoscritto committente dei lavori

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| 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

- proprietario
 affittuario
 altro (specificare)

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

dell'immobile 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"/> |

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

di proprietà di

(da compilare se il richiedente non è il proprietario)

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| In qualità di | | | |
| <input type="radio"/> proprietario | | | |
| <input type="radio"/> affittuario | | | |
| <input type="radio"/> esercente la potestà o tutela nei confronti del portatore di handicap | | | |
| <input type="radio"/> avente carico il soggetto portatore di handicap | | | |
| <input type="radio"/> amministratore del condominio | | | |
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Denominazione condominio | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| <input type="radio"/> rappresentante legale di | | | |
| Denominazione/Ragione sociale | Tipologia | Codice Fiscale | Partita IVA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

SI IMPEGNA

per ottenere l'erogazione del contributo, a trasmettere al Comune fattura dettagliata riportante le voci di spesa più significative che concorrono all'importo totale della fattura.

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"/> | certificato in carta libera, debitamente sottoscritto da un medico, da cui risulti esplicitamente <ul style="list-style-type: none">- l'handicap dell'avente diritto all'intervento- la/e patologia/e da cui tale handicap deriva- le obiettive difficoltà che ne derivano (così come previsto dal Punto 4.6 della Circolare Ministeriale 22/06/1989, n. 1669/UL - esplicativa della Legge 09/01/1989, n. 13, al fine di identificare il tipo di intervento) <p><i>Il certificato medico dovrà evidenziare chiaramente gli elementi necessari a verificare la congruità dell'intervento richiesto con la patologia del soggetto cui è destinato l'intervento</i></p> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | dichiarazione sostitutiva di atto notorio (come da modulo B) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | la seguente documentazione che individua precisamente ed esclusivamente le opere oggetto di richiesta del contributo <ul style="list-style-type: none">- relazione descrittiva- disegni- computo e/o preventivo di spesa |
| <input type="checkbox"/> | eventuale certificato dell'ATS (o fotocopia ufficializzata dal richiedente), attestante l'invalidità totale qualora il portatore di handicap voglia avvalersi della precedenza ai fini della liquidazione del contributo |
| <input checked="" type="checkbox"/> | pagamento dell'imposta di bollo |
| <input type="checkbox"/> | ulteriori immobili oggetto del procedimento |
| <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) |

(*) Se la spesa per eseguire l'intervento viene sostenuta da persona diversa dal disabile (quale ad esempio il tutore o i genitori) la domanda, deve essere sottoscritta oltre che dal disabile anche dalla medesima per conferma del contenuto e per adesione ed è a questa che spetta il contributo

(**) Nel caso in cui le opere riguardino parti comuni dell'edificio, la domanda deve essere controfirmata dall'amministratore condominiale o dagli altri proprietari in caso di assenza dell'amministratore

(***) Se il disabile non ha la proprietà dell'immobile, la domanda deve essere controfirmata dal proprietario

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.

Lomagna

Luogo

Data

il richiedente

l'avente diritto al contributo (per conferma e adesione) (*)

l'amministratore del condominio (**)

il proprietario (***)