



AL DIRIGENTE

DEL SETTORE URBANISTICA
 E PIANIFICAZIONE

VIA ISONZO, 7

09016 IGLESIAS (CI)

BOLLO

PROTOCOLLO

MODELLO B.A.

Domanda di concessione di contributo per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati, ai sensi della L. 9 gennaio 1989 n° 13.

1. Dati dell'interessato

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|--------------------------------|
| Cognome <input type="text"/> | | Nome <input type="text"/> | |
| Data di nascita <input type="text"/> | | Luogo di nascita <input type="text"/> | |
| Codice fiscale <input type="text"/> | | Telefono <input type="text"/> | |
| Residenza: Comune di <input type="text"/> | | C.A.P. <input type="text"/> | Provincia <input type="text"/> |
| Indirizzo <input type="text"/> | | | N° <input type="text"/> |

IN QUALITÀ DI: (barrare il caso che ricorre)

portatore di handicap

esercente la patria potestà o tutela su soggetto portatore di handicap, le cui generalità sono:

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|--------------------------------|
| Cognome <input type="text"/> | | Nome <input type="text"/> | |
| Data di nascita <input type="text"/> | | Luogo di nascita <input type="text"/> | |
| Codice fiscale <input type="text"/> | | | |
| Residenza: Comune di <input type="text"/> | | C.A.P. <input type="text"/> | Provincia <input type="text"/> |
| Indirizzo <input type="text"/> | | | N° <input type="text"/> |

ABITANTE⁽¹⁾ IN QUALITÀ DI: (barrare il caso che ricorre)

proprietario

conduttore

Altro⁽²⁾ : (specificare)

nell'immobile di proprietà di:

Cognome

Nome

al piano

interno

anno di costruzione

Telefono

sito in Iglesias via/piazza

N°

| CHIEDE | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| Il contributo ⁽³⁾ previsto dall'art. 9 della Legge 13/89 in oggetto prevedendo una spesa di € <input type="text"/> | | | |
| per la realizzazione della seguente opera, o più opere funzionalmente connesse, ⁽⁴⁾ da realizzarsi nell'immobile precedentemente indicato, al fine di rimuovere una o più barriere che creano difficoltà : | | | |
| <input type="checkbox"/> | di accesso all'immobile o alla singola unità immobiliare: | | |
| <input type="checkbox"/> | rampa di accesso; | | |
| <input type="checkbox"/> | servo scala; | | |
| <input type="checkbox"/> | piattaforma o elevatore; | | |
| <input type="checkbox"/> | ascensore; | <input type="checkbox"/> | installazione |
| <input type="checkbox"/> | ampliamento porte d'ingresso; | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | adeguamento percorsi orizzontali condominiali; | | |
| <input type="checkbox"/> | installazione dispositivi di segnalazione per favorire la mobilità dei non vedenti all'interno degli edifici; | | |
| <input type="checkbox"/> | installazione di meccanismi di apertura e chiusura porte; | | |
| <input type="checkbox"/> | acquisto bene mobile non elettrico idoneo al raggiungimento del medesimo fine, essendo l'opera non realizzabile per impedimenti materiali/giuridici; | | |
| <input type="checkbox"/> | altro ⁽⁵⁾ | <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> | di fruibilità e visibilità dell'alloggio: | | |
| <input type="checkbox"/> | adeguamento spazi interni all'alloggio (bagno, cucina, camera, ecc.) | | |
| <input type="checkbox"/> | adeguamento percorsi orizzontali e verticali interni all'alloggio; | | |
| <input type="checkbox"/> | Altro ⁽⁵⁾ | <input type="text"/> | |

| ALLEGA | |
|--------------------------|--|
| Alla presente domanda: | |
| <input type="checkbox"/> | certificato medico in carta libera attestante l'handicap; |
| <input type="checkbox"/> | certificato ASL (o fotocopia autenticata) attestante l'invalidità totale con difficoltà di deambulazione; |
| <input type="checkbox"/> | si riserva di presentare certificato ASL (o fotocopia autenticata) attestante l'invalidità totale con difficoltà di deambulazione entro il ⁽⁷⁾ <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Preventivo di spesa (eventuale) |

| CHIEDE | | | |
|---|--|----------------------------------|----------------------|
| Che il contributo gli venga erogato con le seguenti modalità: | | | |
| <input type="checkbox"/> | quietanza diretta a favore di: <i>Cognome</i> <input type="text"/> | <i>Nome</i> <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <i>Codice fiscale</i> <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <i>in qualità di:</i> <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | bonifico bancario/postale (barrare la voce che non interessa) | n. conto | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Banca <input type="text"/> | sede di | <input type="text"/> |

Iglesias, li _____

L'AVENTE DIRITTO AL CONTRIBUTO

IL RICHIEDENTE

Per conferma ed adesione _____

Sigla del richiedente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 DPR 445/2000)**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

| | | | |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|
| Cognome | <input type="text"/> | Nome | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | portatore di handicap | | |
| <input type="checkbox"/> | tutore esercente la potestà nei confronti del seguente portatore di handicap: | | |
| Cognome | <input type="text"/> | Nome | <input type="text"/> |
| Data di nascita | <input type="text"/> | Luogo di nascita | <input type="text"/> |
| Codice fiscale | <input type="text"/> | Telefono | <input type="text"/> |
| Residenza Comune di | <input type="text"/> | C.A.P. | <input type="text"/> |
| Indirizzo | <input type="text"/> | Provincia | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | invalido al 100% con difficoltà di deambulazione; (allegare certificato commissione medica) | | |
| <input type="checkbox"/> | invalido al <input type="text"/> % con difficoltà di deambulazione: | <input type="checkbox"/> lieve | <input type="checkbox"/> grave |
| <input type="checkbox"/> | invalido al <input type="text"/> % senza difficoltà di deambulazione | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • in applicazione della Legge 09/01/1989 n° 13 "disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati; • in applicazione dell'art. 47 del D.P.R. 28//12/2000 n° 445; • consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28//12/2000 n° 445 | | | |

DICHIARA

| | |
|--|--|
| che nell'immobile da lui abitato esistono le seguenti barriere architettoniche: | |
| <input type="text"/> | |
| che comportano al portatore di handicap le seguenti difficoltà: | |
| <input type="text"/> | |
| che, al fine di rimuovere tali ostacoli, intende realizzare la/le seguente/i opera/e: | |
| <input type="text"/> | |
| che tali opere non sono esistenti o in corso di esecuzione | |
| che per la realizzazione di tale/i opera/e: | |
| <input type="checkbox"/> non gli è stato concesso altro contributo | |
| <input type="checkbox"/> gli è stato concesso altro contributo di £/€ <input type="text"/> nell'anno <input type="text"/> | |
| il cui importo, cumulato a quello richiesto ai sensi della L.13/89, non supera la spesa preventivata | |
| di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ai sensi dell'art. 10 della L. 675/1996. | |

Iglesias, li _____

IL DICHIARANTE

Ai sensi degli artt. 38 comma 2 e 47 del D.P.R. 445/2000 la presente dichiarazione non è soggetta ad autentica della firma se:

- ✓ sottoscritta dall'interessato in presenza dell'incaricato che riceve il documento;
- ✓ inviata corredata di fotocopia di documento di identità.

NOTE

1. Si deve indicare l'effettiva e stabile dimora del richiedente, che può anche non coincidere con la sua residenza anagrafica.
2. Barrare se si abita l'immobile a titolo diverso dalla proprietà o locazione (ad esempio convivenza, ospitalità, comodato. ecc.)
3. il contributo:
 - per costi fino a € 2.582,28 è concesso in misura pari alla spesa effettivamente sostenuta; per costi da € 2.582,29
 - a € 12.911,42 è pari a € 2.582,28 + 25% della parte eccedente € 2.582,28;
 - per costi da € 12.911,42 a € 51.645,69 è pari a € 5.164,57 + il 5% la parte eccedente € 12.911,42;
 - per spese superiori a € 51.645,69 è pari a € 7.101,28.
4. Si precisa che per le opere funzionalmente connesse si intendono quelle volte alla rimozione di barriere architettoniche che ostacolano la stessa funzione (ad esempio funzione di accesso all'immobile, funzione di visibilità dell'alloggio), come di seguito esemplificato. Pertanto, qualora si intenda realizzare più opere, se queste sono funzionalmente connesse, il richiedente deve formulare un'unica domanda essendo unico il contributo che, a sua volta, verrà computato in base alla spesa complessiva. Parimenti, qualora di un'opera o più opere funzionalmente connesse possano fruire più portatori di handicap, deve essere presentata una sola domanda da uno dei portatori di handicap in quanto uno solo è il contributo concesso. Se invece le opere riguardano l'abbattimento di barriere che ostacolano funzioni fra di loro diverse (A. funzione di accesso, esempio installazione di ascensore; B. funzione di visitabilità, esempio adeguamento servizi igienici) l'istante deve presentare una domanda per ognuna di esse e può ottenere quindi più di un contributo. Si precisa inoltre che i contributi ai sensi della L. 13/89 sono cumulabili con altri concessi a qualsiasi titolo per la realizzazione della stessa opera, fermo restando che l'importo complessivo dei contributi non può superare la spesa effettivamente sostenuta.
5. Specificare l'opera da realizzare.
6. Il soggetto avente diritto al contributo può coincidere con il portatore di handicap qualora questi non provveda alla realizzazione delle opere a proprie spese.
7. Il termine per la presentazione della domanda e della integrazione della documentazione è fissato al 1° marzo di ogni anno.