



Amministrazione destinataria

Comune di Recanati

Ufficio destinatario

Servizi Sociali, Pubblica Istruzione e  
Politiche Giovanili



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

*Ai sensi della Legge 09/01/1989, n. 13*

### Il sottoscritto

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

### in qualità di

Ruolo

- proprietario  
 conduttore  
 affittuario  
 altro (specificare)

### dell'immobile di proprietà privata collocato in

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

- 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

Scala

Piano

SNC

CAP

Codice Fiscale

Partita IVA

Telefono

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

### CHIEDE

il contributo statale per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche, prevedendo una spesa di

Importo preventivo comprensivo di iva al 4%

€

### per la realizzazione delle seguenti opere funzionalmente connesse

(o più opere funzionalmente connesse conforme/i al D.M. 236/89)

Tipo di opera

- opere 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 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'avevo diritto al contributo, in quanto onerato dalla spesa, è

- il sottoscritto
- la seguente persona terza

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

### in qualità di

#### Ruolo

- avente a carico il sottoscritto in quanto disabile
- unico proprietario
- amministratore del condominio
- esercente la potestà o la tutela nei confronti del disabile
- locatore
- responsabile del centro o istituto, così come definito dall'articolo 2 della Legge 27/02/1989, n. 62
- altro (specificare)

### DICHIARA INOLTRE

- di essere stato riconosciuto dalla competente commissione medico legale

**Commissione medica**

- di aver presentato domanda di accertamento di invalidità

**Data di presentazione**

- che esistono le seguenti barriere architettoniche nell'immobile sopra indicato, nel quale è residente o nel quale si impegna a trasferire la residenza a lavori ultimati

**Descrizione barriere architettoniche**

- che comportano al soggetto portatore di handicap le seguenti difficoltà

**Descrizione delle difficoltà**

che al fine di rimuovere tali ostacoli intende realizzare le seguenti opere

Descrizione opere

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 per la realizzazione di tali opere

- non gli è stato concesso altro contributo
- gli è stato concesso altro contributo (es INAIL) il cui importo cumulato a quello richiesto ai sensi della Legge 09/01/1989, n. 13, non supera la spesa preventivata
- che per lo stesso alloggio/immobile ha beneficiato di contributi ai sensi della legge 13/89 (specificare anno, descrizione dei lavori, importo fatturato, contributo ricevuto)

Relativo all'anno

Importo fatturato

€

Contributo ricevuto

€

Descrizione dei lavori

Eventuali annotazioni

### 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

copia del certificato medico che attesti le difficoltà di deambulazione presentato entro i termini previsti

preventivo di spesa e particolareggiato contenente la descrizione dell'opera

verbale di assemblea di condominio

*(da allegare nel caso in cui le barriere da eliminare siano presenti in parti comuni del condominio)*

pagamento dell'imposta di bollo

copia del documento d'identità del beneficiario

*(se diverso dal richiedente)*

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.

Recanati

Luogo

Data

Il dichiarante