



Amministrazione destinataria
 Comune di Garzeno
Ufficio destinatario
 Ufficio Protocollo e Servizi Demografici



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										
<input type="radio"/> proprietario <input type="radio"/> affittuario <input type="radio"/> altro (specificare) <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

dell'immobile collocato in

P.T. o U.I.U.	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 <i>(allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")</i>										
il procedimento riguarda <input type="text"/> 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

- proprietario
- affittuario
- disable
- esercente la potestà o tutela nei confronti della persona con disabilità
- avente carico la persona con disabilità

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

Denominazione condominio

- amministratore del condominio

Denominazione/Ragione sociale	Tipologia	Codice Fiscale	Partita IVA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- rappresentante legale di

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)

- certificato in carta libera, debitamente sottoscritto da un medico, da cui risulti esplicitamente
- la condizione di disabilità dell'avente diritto all'intervento
 - la/e patologia/e da cui tale condizione di disabilità 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)
- 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*
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (come da modulo B)
- la seguente documentazione che individua precisamente ed esclusivamente le opere oggetto di richiesta del contributo
- relazione descrittiva
 - disegni
 - computo e/o preventivo di spesa
- eventuale certificato dell'ATS (o fotocopia ufficializzata dal richiedente), attestante l'invalidità totale qualora la persona con disabilità voglia avvalersi della precedenza ai fini della liquidazione del contributo
- pagamento dell'imposta di bollo
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- copia del documento d'identità
- (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati (specificare)

(*) Se la spesa per eseguire l'intervento viene sostenuta da persona diversa dalla persona con disabilità (quale ad esempio il tutore o i genitori) la domanda, deve essere sottoscritta oltre che dalla persona con disabilità 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 la persona con disabilità 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.

Garzeno

Luogo

Data

il richiedente

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

l'amministratore del condominio (**)

il proprietario (***)