

ALLEGATO COMUNE 1

AL SINDACO DEL COMUNE DI

OGGETTO: Domanda di concessione di contributo per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche, ai sensi della L.R. n° 16 del 12 luglio 2007.

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

Tel. n _____ in qualità di:

Proprietario

Conduttore

Altro _____

dell'immobile di proprietà di _____

sito nel comune di _____ C.A.P. _____

Via/Piazza _____ n° civico _____ piano _____ int _____

quale:

- Persona con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale;
- Persona esercente la potestà o tutela sui soggetti con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale;
- Legale rappresentante del seguente ente privato / impresa con Sede

CHIEDE

il contributo previsto dall'articolo: *(barrare l'articolo che interessa)*

- 12 Edifici e spazi privati aperti al pubblico;
- 13 Edifici privati Case di civile abitazione Luoghi di lavoro;
- 14 Facilitatori della vita di relazione;
- 16 Adattamento di mezzi di locomozione privati:
 - comma 1 (per adattamenti su moto e/o autoveicoli in funzione delle minorazione anatomiche e funzionali)
 - comma 2 (per adattamenti di mezzi ai fini del trasporto di persone con disabilità)

prevedendo una spesa di € IVA compresa, come da preventivo allegato.

A tale scopo, in conformità del disposto dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità penale conseguente alle dichiarazioni mendaci:

DICHIARA

- che l'immobile oggetto dell'intervento è adibito a:
 - residenza principale del disabile sig./sig.ra _____
 - posto di lavoro stabilmente occupato dal disabile sig./sig.ra _____
 - altro _____

- che intende procedere:

A) alla realizzazione delle seguenti opere, ai sensi degli artt. 12 e 13 della normativa in oggetto:
(Breve descrizione delle opere):

finalizzate al superamento e all'eliminazione delle seguenti barriere architettoniche (Breve descrizione barriere):

Tipologia di edificio su cui intervenire:

- edificio e spazio privato aperto al pubblico
- edificio privato
- edificio privato adibito a luogo di lavoro
- edificio di edilizia residenziale agevolata

B) all'acquisto e posa in opera dei seguenti ausili e/o attrezzature ai sensi dell'art. 14 della normativa in oggetto: (breve descrizione degli ausili)

finalizzate al superamento e all'eliminazione delle seguenti barriere architettoniche:
(descrizione barriere)

Tipologia edificio su cui installare gli ausili:

- edificio privato aperto al pubblico
- edificio privato
- edificio privato adibito a luogo di lavoro
- edificio di edilizia residenziale agevolata

C) all'adattamento di mezzi di locomozione privati (art. 16)

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000

- di avere
- di non avere

ottenuto i seguenti contributi regionali e/o statali per le stesse opere o acquisti (L.13/1989)

di avere

di non avere

presentato domanda per la concessione di un contributo a (indicare l'ente)

per il medesimo fine ai sensi di:

L. 104/92, art. 27;

altre leggi _____

Dichiara che i lavori di cui ai punti:

A) non sono stati eseguiti, né sono in corso di opera

B) che gli ausili non sono stati acquistati;

C) non sono stati eseguiti, né sono in corso di opera;

CONSAPEVOLE

- **che i dichiaranti decadono dai benefici eventualmente conseguenti alla presente domanda sulla base delle dichiarazioni non veritiere;**
- che il contributo verrà erogato (in base alle disposizioni regionali) dal Comune dopo l'esecuzione delle opere e/o l'acquisto dei beni, sulla base:
 - 1) della **documentazione attestante la spesa** (fattura debitamente quietanzata);
 - 2) della **certificazione di regolare esecuzione** redatta dal Direttore dei Lavori per le opere che comportano, a termini di legge, la necessaria assistenza di un tecnico abilitato, ovvero sottoscrizione della ditta che ha effettuato la fornitura e/o l'installazione di ausili;
 - 3) della **dichiarazione rilasciata dall'amministratore condominiale**, relativamente alla spesa sostenuta dal richiedente del contributo.

Comune di _____

Data _____

(firma leggibile del richiedente)

Dati identificativi della persona avente diritto al contributo

Nome Cognome _____

Luogo e data di Nascita _____

Residenza _____

(firma per presa visione)

ELENCO ALLEGATI

Allegati obbligatori da presentare in base ai seguenti articoli:

artt. 12 – 13 – 14

- preventivo di spesa intestato al richiedente del contributo;
- certificato medico originale in carta libera attestante le difficoltà motorie e/o sensoriale del disabile;
- eventuale copia certificato di invalidità;
- fotocopia documento d'identità in corso di validità;
- altra documentazione utile ai fini dell'istruttoria della domanda;
- copia dell'autorizzazione comunale inerente l'opera (*se necessaria*).

art. 16, comma 1:

- preventivo di spesa intestato al disabile nonché richiedente del contributo relativamente agli adattamenti da apportare al mezzo di trasporto;
- patente di guida;
- descrizione delle modificazioni da apportare al mezzo;
- certificazione attestante le condizioni di menomazione o di disabilità del richiedente interessato alla guida;
- fotocopia di un documento d'identità del richiedente in corso di validità.

art. 16, comma 2:

- preventivo di spesa intestato al disabile o richiedente del contributo relativamente agli adattamenti da apportare al mezzo di trasporto;
- descrizione delle modificazioni da apportare al mezzo;
- certificato medico originale in carta libera attestante le difficoltà motorie e/o sensoriale del disabile;
- eventuale copia certificato di invalidità;
- fotocopia di un documento d'identità del richiedente in corso di validità;
- dichiarazione che la persona trasportata è sprovvista di patente o che non è più in grado di guidare l'automezzo.

Dichiaro altresì

ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30.06.2003, n° 196, di essere a conoscenza che i dati personali e sensibili qui forniti sono trattati esclusivamente ai fini dell'istruttoria della presente domanda di contributo e che verranno comunicati alla Regione Veneto, ai soggetti che erogano il servizio o la prestazione da me richiesti e ad ogni altro soggetto a cui si renda necessario comunicare detti dati ai fini della corretta e completa istruttoria della pratica in questione. Prendo atto, infine, che il titolare del trattamento è l'Amministrazione comunale e sono consapevole di poter esercitare presso le competenti sedi i diritti previsti dall'art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003.

Data _____

IL RICHIEDENTE



Comune di Bussolengo

Piazza Nuova, 14 - 37012 - Bussolengo (VR)
Centralino ☎ 045 - 6769900 - C.F. / Partita IVA 00268250230
www.comune.bussolengo.vr.it - P.E.C. comune.bussolengo@cert.legalmail.it

Facsimile

TIMBRO INTESTAZIONE O CARTA INTESTATA DEL MEDICO



SI CERTIFICA CHE il sig./la sig.ra
nato/a a il
residente a
via n°
è affetto/a da
.....
.....
.....
.....

trattasi, pertanto, di portatore di disabilità motorie / sensoriali / psicologico-cognitive causa di difficoltà non eliminabili alla deambulazione e alla mobilità.

DATA _____

IL MEDICO



Comune di Bussolengo

Piazza Nuova, 14 - 37012 - Bussolengo (VR)
Centralino ☎ 045 - 6769900 - C.F. / Partita IVA 00268250230
www.comune.bussolengo.vr.it - P.E.C. comune.bussolengo@cert.legalmail.it

Facsimile

TIMBRO INTESTAZIONE O CARTA INTESTATA DEL MEDICO



SI CERTIFICA CHE il sig./la sig.ra
nato/a a il
residente a
via n°
è affetto/a da
.....
.....
.....
.....

trattasi, pertanto, di portatore di disabilità motorie / sensoriali / psicologico-cognitive causa di difficoltà non eliminabili alla deambulazione e alla mobilità. In relazione a dette menomazioni il paziente suindicato non è in grado di condurre veicoli.

DATA _____

IL MEDICO