

**Amministrazione destinataria**

Comune di Villasanta

**Ufficio destinatario**

Settore sviluppo del territorio



## 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                      |
| <input type="text"/>                                           | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/>         |
|                                                                |                      |                             |                      |                               | Scala                        |
|                                                                |                      |                             |                      |                               | Piano                        |
|                                                                |                      |                             |                      |                               | SNC <input type="checkbox"/> |
|                                                                |                      |                             |                      |                               | CAP <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**

|                                                                                                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|
| 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                        |
| <input type="text"/>                                                                                           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>         |
|                                                                                                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      | SNC <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      | CAP <input type="text"/>     |
| Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento") |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                              |
| 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"/> |

|                       |                                  |                |
|-----------------------|----------------------------------|----------------|
| in qualità di         |                                  |                |
| Ruolo                 |                                  |                |
| <input type="radio"/> | persona con disabilità           |                |
| <input type="radio"/> | esercente la potestà o tutela di |                |
|                       | Cognome                          | Nome           |
|                       |                                  | Codice Fiscale |
|                       |                                  |                |

CHIEDE

il contributo previsto dall'articolo 9 della Legge 09/01/1989, n. 13

Il contributo:

- per costi fino a 2.582,28 € può essere concesso in misura pari alla spesa effettivamente sostenuta
- per costi da 2.582,28 € a 12.911,42 € è aumentato del 25% della spesa effettivamente sostenuta (ad esempio: per una spesa di 7.746,85 € il contributo è pari 2.582,28 € più il 25% di 5.164,57 €, cioè è di 3.873,43 €)
- per costi da 12.911,42 a 51.645,69 € è aumentato di un ulteriore 5% (ad esempio: per una spesa di 41.316,55 € il contributo è pari a 2.582,28 € più il 25% di 10.329,14 €, pari a 2.582,28 €, più il 5% di 28.405,13 € pari a 1.420,26 € per un totale di 6.584,82 €). Se la spesa supera 51.645,69 €, il contributo erogato sarà comunque pari a quello riconosciuto per quel tetto di spesa e cioè 7.101,28 €.

prevedendo una spesa complessiva (I.V.A. compresa) di

|              |
|--------------|
| Totale spesa |
| €            |

per la realizzazione della seguente singola opera od opere funzionalmente connesse, nell'immobile sopra indicato relativo a

Per “opere funzionalmente connesse” si intende una pluralità d'interventi sullo stesso immobile (oggetto della domanda) finalizzati a rimuovere più barriere architettoniche che creano ostacolo alla stessa funzione.

|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| Classificazione opere |               |
| <input type="radio"/> | opere interne |
| <input type="radio"/> | opere esterne |

Deve essere barrata una sola voce in quanto per ogni domanda può essere erogato un solo contributo.  
La domanda può riguardare, oltre ad una sola opera, un insieme di opere funzionalmente connesse.

| Descrizione opera (adeguamento porte interne, adeguamento servizio igienico, ecc.) | Importo |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|                                                                                    | €       |
|                                                                                    | €       |
|                                                                                    | €       |
|                                                                                    | €       |
|                                                                                    | €       |
|                                                                                    | €       |
|                                                                                    | €       |
|                                                                                    | €       |
|                                                                                    | €       |
|                                                                                    | €       |

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'avente diritto al contributo è il signor/la signora

Il soggetto avente diritto al contributo può non coincidere con la persona con disabilità qualora questi non provveda alla realizzazione delle opere a proprie spese.

| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
|---------|------|----------------|
|         |      |                |

In qualità di

☐ proprietario

☐ affittuario

☐ esercente la potestà o tutela nei confronti della persona con disabilità

☐ avente carico la persona con disabilità

☐ amministratore del condominio

| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
|---------|------|----------------|
|         |      |                |

Denominazione condominio

☐ rappresentante legale di

| Denominazione/Ragione sociale | Tipologia | Codice Fiscale | Partita IVA |
|-------------------------------|-----------|----------------|-------------|
|                               |           |                |             |

### 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"><li>- la condizione di disabilità dell'avente diritto all'intervento</li><li>- la/e patologia/e da cui tale condizione di disabilità deriva</li><li>- 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)</li></ul> <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> |
| <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"><li>- relazione descrittiva</li><li>- disegni</li><li>- computo e/o preventivo di spesa</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/>            | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <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<br><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 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.

Villasanta

Luogo

Data

il richiedente

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

l'amministratore del condominio (\*\*)

il proprietario (\*\*\*)