



Amministrazione destinataria
Comune di Ospedaletto Lodigiano

Ufficio destinatario
Area Servizi al Cittadino – Segreteria



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

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	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 (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")
il procedimento riguarda 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			
<input type="radio"/> proprietario			
<input type="radio"/> affittuario			
<input type="radio"/> esercente la potestà o tutela nei confronti del portatore di handicap			
<input type="radio"/> avente carico il soggetto portatore di handicap			
<input type="radio"/> amministratore del condominio			
Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Denominazione condominio			
<input type="text"/>			
<input type="radio"/> rappresentante legale di			
Denominazione/Ragione sociale	Tipologia	Codice Fiscale	Partita IVA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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">- l'handicap dell'avente diritto all'intervento- la/e patologia/e da cui tale handicap 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) <p><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></p> |
| <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">- relazione descrittiva- disegni- computo e/o preventivo di spesa |
| <input type="checkbox"/> | eventuale certificato dell'ATS (o fotocopia ufficializzata dal richiedente), attestante l'invalidità totale qualora il portatore di handicap 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
<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 dal disabile (quale ad esempio il tutore o i genitori) la domanda, deve essere sottoscritta oltre che dal disabile 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 il disabile 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.

Ospedaletto Lodigiano

Luogo

Data

il richiedente

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

l'amministratore del condominio (**)

il proprietario (***)