



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 <input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>		
<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 <input type="checkbox"/>	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"/>

**in qualità di****Ruolo** portatore di handicap 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 a 2.582,28 € più il 25% di 5.164,57 €, cioè 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** opere interne 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 il portatore di handicap qualora questi non provveda alla realizzazione delle opere a proprie spese.*

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>In qualità di</b>			
<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			
<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Denominazione condominio</b>			
<input type="text"/>			
<input type="radio"/> rappresentante legale di			
<b>Denominazione/Ragione sociale</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Codice Fiscale</b>	<b>Partita IVA</b>
<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"><li>- l'handicap dell'avente diritto all'intervento</li><li>- la/e patologia/e da cui tale handicap 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> <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"><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 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<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 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 (\*\*\*)