

**Amministrazione destinataria**

Regione Sardegna

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

**Domanda di concessione di contributo per il superamento e l'eliminazione delle
barriere architettoniche negli edifici privati*****Ai sensi della Legge 09/01/1989, n. 13*****Il sottoscritto**

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

in qualità di

Ruolo

- ☐ proprietario
- ☐ conduzione
- ☐ altro (specificare)

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

nell'immobile di proprietà di

Cognome

Nome

Codice Fiscale

sito in

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

quale

Quale

- ☐ portatore di condizione di disabilità
- ☐ esercente di potestà o tutela su soggetto portatore di condizione di disabilità

CHIEDE

il contributo ai sensi della Legge 09/01/1989, n. 13 prevedendo una spesa di

Importo spesa

€

per la realizzazione della seguente opera da realizzarsi nell'immobile sopra indicato, al fine di rimuovere una o più barriere

Opera

- ☐ A- funzione di accesso all'immobile o alla singola unità immobiliare
- ☐ rampa di accesso
 - ☐ servo scala
 - ☐ piattaforma o elevatore
 - ☐ installazione ascensore
 - ☐ adeguamento ascensore
 - ☐ ampliamento porte di accesso all'immobile
 - ☐ adeguamento percorsi orizzontali condominiali
 - ☐ installazione dispositivi di segnalazione per favorire la mobilità dei non vedenti all'interno degli edifici
 - ☐ acquisto bene mobile non elettrico idonea o al raggiungimento del medesimo fine, essendo l'opera non realizzabile per impedimenti materiali o giuridici
 - ☐ altro (specificare)
- ☐ B – funzione di fruibilità e visibilità dell'alloggio
- ☐ adeguamento spazi interni all'alloggio (bagno, cucina, camere, ecc.)
 - ☐ adeguamento percorsi orizzontali e verticali interni all'alloggio
 - ☐ ampliamento porte interne e di accesso all'alloggio
 - ☐ altro (specificare)

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, in quanto onerato della spesa è

Cognome

Nome

Codice fiscale

in qualità di

- ☐ esercente potestà o tutela nei confronti della persona con disabilità
- ☐ avente a carico il soggetto portatore di condizione di disabilità
- ☐ unico proprietario
- ☐ amministratore del condominio
- ☐ responsabile del centro o istituto ai sensi dell'articolo 2 della Legge 27/02/1989, n. 62

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)

- ☐ copia del certificato medico
- ☐ certificato di invalidità totale
- ☐ dichiarazione sostitutiva di atto notorio per eliminazione di barriere architettoniche
- ☐ documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

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.

Luogo

Data

il dichiarante