



Amministrazione destinataria
 Comune di Poggibonsi
 Ufficio destinatario
 Edilizia e urbanistica



Domanda per la concessione del contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche

Il sottoscritto

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	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="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 *(questa sezione deve essere compilata solo se il dichiarante non è la persona fisica)*

Ruolo

- persona disabile con menomazione o limitazione permanente di carattere fisico
- persona disabile con menomazione o limitazione permanente di carattere sensoriale
- persona disabile con menomazione o limitazione permanente di carattere cognitivo
- persona esercente la potestà, tutela o curatela sul seguente soggetto portatore di handicap
- amministratore del condominio

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	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="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> altro <i>(specificare)</i>		<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

Categoria 3. Autonomia domestica**Ambito d'intervento**

- 3.1 sicurezza della persona
- 3.2 controllo degli accessi
- 3.3 gestione del benessere ambientale
- 3.4 comunicazione a distanza e tele-servizi
- 3.5 automazione dei serramenti
- 3.6 arredi ed attrezzature
- 1.7 altro *(specificare)*

Opere edilizie

Attrezzature

presso l'immobile di proprietà privata collocato in

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Ruolo

- proprietario
- conduttore
- affittuario
- 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**dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà**

di essere stato riconosciuto dall'autorità competente come

- persona non deambulante con disabilità totale
- persona con menomazione o limitazione permanente di tipo fisico, sensoriale o cognitivo
 - disabilità grave
 - disabilità completa

che nell'immobile in cui è residente (o in cui assumerà la residenza entro tre mesi dal momento della comunicazione del Comune dell'ammissione al contributo quale beneficiario)

immobile

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Sono presenti le seguenti barriere architettoniche

Che gli comportano le seguenti difficoltà

DICHIARA INOLTRE

- che, al fine di rimuovere tali ostacoli, intende realizzare gli interventi indicati precedentemente
- che tali interventi non sono stati eseguiti né sono in corso di opera e che le attrezzature non sono state acquistate
- di essere a conoscenza che il contributo regionale sarà erogato dal Comune dopo l'esecuzione delle opere edilizie e/o dopo l'acquisto e l'installazione delle attrezzature, sulla base della documentazione attestante le spese

che l'avente diritto al contributo, in quanto onerato della spesa per la realizzazione degli interventi, è (*)

il sottoscritto richiedente

il seguente soggetto

Cognome

Nome

Codice fiscale

In qualità di

() Il soggetto avente diritto al contributo può non coincidere con la persona disabile qualora questa non provveda alla realizzazione delle opere a proprie spese. (art. 3 comma 1 del Regolamento)*

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 conforme del certificato rilasciato dall'autorità competente attestante che il richiedente è persona non deambulante con disabilità totale, ovvero attestante la menomazione o limitazione permanente di carattere fisico, di carattere sensoriale o di carattere cognitivo del richiedente
- preventivo di spesa e progetto dettagliato relativi alle opere edilizie direttamente finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche (art. 9 del Regolamento)
- preventivo di spesa e documentazione tecnica relativi all'acquisto e all'installazione di attrezzature finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche (art. 10 del Regolamento)
- copia conforme della dichiarazione dei redditi della persona disabile che chiede il contributo o del familiare che lo dichiara a proprio carico ai sensi dell'articolo 12 del D.P.R. 917/1986
- benessere del proprietario dell'unità immobiliare alla realizzazione degli interventi
(da allegare solo nel caso di richiedente diverso dal proprietario)
- pagamento dell'imposta di bollo
- copia del 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.

Poggibonsi

Luogo

Data

Il dichiarante