

**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					
<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****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				
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>				

**sito in**

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"/>

**quale****Quale**

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

## CHIEDE

il contributo si 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