

	Amministrazione destinataria Comune di Genova	
	Ufficio destinatario Direzione Facility Management	

Domanda di concessione del contributo regionale per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche

Ai sensi della Legge Regionale 12/06/1989, n. 15

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Esponente	Scala	Interno	Colore	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
in qualità di											
Ruolo											
<input type="radio"/>	proprietario										
<input type="radio"/>	conduttore										
<input type="radio"/>	affittuario										
<input type="radio"/>	altro (specificare)										
dell'immobile di proprietà privata collocato in											
Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana)			Codice catastale	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria			
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Esponente	Piano	Colore		
e in qualità di											
Titolo											
<input type="radio"/>	persona con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale										
<input type="radio"/>	persona esercente la potestà, tutela o curatela su soggetti con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale										
CHIEDE											
il contributo regionale di cui all'articolo 23bis, lett. c), della Legge Regionale 12/06/1989, n. 15, per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche nell'immobile sopra indicato prevedendo una spesa di											
Importo preventivo											
€											

<input type="radio"/>	per il trasferimento in altro alloggio accessibile
<input type="radio"/>	per la realizzazione delle seguenti opere funzionalmente connesse
Tipo di opera	
<input type="radio"/>	opere di accesso all'immobile o alla singola unità immobiliare
<input type="checkbox"/>	rampa di accesso
<input type="checkbox"/>	servo scala
<input type="checkbox"/>	piattaforma o elevatore
<input type="checkbox"/>	installazione ascensore
<input type="checkbox"/>	adeguamento ascensore
<input type="checkbox"/>	ampliamento porte di ingresso
<input type="checkbox"/>	adeguamento percorsi orizzontali condominiali
<input type="checkbox"/>	installazione dispositivi di segnalazione per favorire la mobilità dei non vedenti all'interno degli edifici
<input type="checkbox"/>	installazione di meccanismi di apertura e chiusura porte
<input type="checkbox"/>	acquisto bene mobile non elettrico idoneo al raggiungimento del medesimo fine, essendo l'opera non realizzabile per impedimenti materiali/giuridici
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)
<input type="radio"/>	opere di fruibilità e visitabilità dell'alloggio
<input type="checkbox"/>	adeguamento spazi interni all'alloggio, quali bagno, cucina, camere, ecc.
<input type="checkbox"/>	adeguamento percorsi orizzontali e verticali interni all'alloggio
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che

<input type="radio"/>	il sottoscritto		
<input type="radio"/>	il seguente soggetto		
	Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="checkbox"/>	è portatore di handicap, riconosciuto ai sensi dell'art. 3 comma 1 della legge 5/02/1992, n. 104, essendo stato visitato in data Data dalla commissione di cui all'art. 1 della Legge 15/10/1990, n. 295 presso l'A.S.L. di Sede La quale ha espresso il seguente giudizio <input type="radio"/> portatore di handicap con carattere di permanenza <input type="radio"/> portatore di handicap con carattere di permanenza in situazione di gravità		

- che per la realizzazione delle opere sopra indicate, gli è stato concesso eventuale altro contributo per il seguente importo

Importo
€

- che nei tre anni precedenti non ha ottenuto contributi regionali o statali finalizzati al superamento delle barriere architettoniche
- che l'importo dell'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) del nucleo familiare della persona disabile non supera 30.000 €

DICHIARA, INOLTRE

- di possedere tutte le condizioni di ammissibilità previste dai "criteri procedurali per la concessione dei contributi previsti dalla Legge Regionale 12/06/1989, n. 15" di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 27/07/2007, n. 899 e successive modifiche ed integrazioni
- che avente diritto al contributo, in quanto onerato della spesa, è il sottoscritto richiedente
- che i lavori relativi all'intervento sono realizzati nel rispetto dei dettami della Legge 09/01/1989 n. 13, della Legge Regionale 12/06/1989, n. 15 e del Decreto Ministeriale 14/06/1989, n. 236
- di far parte di un nucleo familiare anagrafico così composto

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Relazione di parentela

- che la modalità prescelta dall'avente diritto per la riscossione del contributo, impegnandosi a comunicare ogni eventuale variazione successiva ai seguenti dati, è la seguente

Modalità del rimborso	
<input type="radio"/>	assegno circolare non trasferibile da recapitare con raccomandata (possibile solo per importi fino a 999,99 €)
<input type="radio"/>	bonifico bancario o postale su conto corrente
	IBAN
	Intestatario
	Denominazione banca/ufficio postale
	Agenzia/filiale

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	documentazione medica comprovante lo stato di disabilità dichiarato
<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE in corso di validità
<input checked="" type="checkbox"/>	preventivo (o consuntivo) di spesa a carico del richiedente <i>(nel calcolo dell'importo del contributo non è conteggiata l'IVA, pertanto l'importo indicato nella domanda deve intendersi IVA esclusa)</i>
<input type="checkbox"/>	verbale di assemblea di condominio <i>(da allegare nel caso in cui le barriere da eliminare siano presenti in parti comuni del condominio)</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	pagamento dell'imposta di bollo
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

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)

<input type="checkbox"/>	<p>Gli Uffici della Civica Amministrazione, titolare del trattamento, svolgono il trattamento dei dati personali conferiti nel rispetto dei principi dell'art. 5 del GDPR. Diritti dell'interessato.</p> <p>Nel caso l'interessato abbia espresso un consenso al trattamento, egli potrà revocarlo, in qualsiasi momento, con la medesima facilità con la quale lo ha accordato ai sensi dell'art.7, par. 3) del GDPR. Inoltre, potrà opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento per finalità di marketing diretto, compresa la profilazione come stabilito dall'art. 21 del GDPR.</p> <p>Per l'esercizio dei diritti (articoli da 15 a 22 del GDPR), es. accesso ai dati, rettifica, cancellazione etc. l'istanza sarà presentata al Responsabile della protezione dei dati: DPO@comune.genova.it</p> <p>L'art. 77 del GDPR ha previsto il reclamo all'Autorità di controllo https://www.garanteprivacy.it e ai sensi dell'art. 79 l'interessato potrà adire le opportune sedi giudiziarie.</p> <p>Prima di proseguire è richiesto di flaggare il sottostante riquadro che attesta di aver letto e ben compreso l'informativa completa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito istituzionale della Civica Amministrazione: https://smart.comune.genova.it/node/8227</p>
--------------------------	---

Genova		
Luogo	Data	Il dichiarante