

	Amministrazione destinataria Comune di Genova	
	Ufficio destinatario Direzione Facility Management	

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

*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	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										
<input type="radio"/>	altro (specificare)										
CHIEDE											
il contributo statale per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche, prevedendo una spesa di											
Importo preventivo											
€											

**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 checked="" 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 l'avente diritto al contributo, in quanto onerato dalla spesa, è

<input type="radio"/>	il sottoscritto																																										
<input type="radio"/>	la seguente persona terza																																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Cognome</td> <td colspan="2">Nome</td> <td colspan="2">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sesso</td> <td colspan="2">Data di nascita</td> <td colspan="2">Luogo di nascita</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cittadinanza</td> <td colspan="2">Residenza</td> <td colspan="2">Provincia</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Comune</td> <td colspan="2">Indirizzo</td> <td colspan="2">Civico</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Esponente</td> <td colspan="2">Scala</td> <td colspan="2">Interno</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Colore</td> <td colspan="2">CAP</td> <td colspan="2">Telefono cellulare</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Telefono fisso</td> <td colspan="2">Posta elettronica ordinaria</td> <td colspan="2">Posta elettronica certificata</td> </tr> </table>		Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso		Data di nascita		Luogo di nascita		Cittadinanza		Residenza		Provincia		Comune		Indirizzo		Civico		Esponente		Scala		Interno		Colore		CAP		Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
Cognome		Nome		Codice Fiscale																																							
Sesso		Data di nascita		Luogo di nascita																																							
Cittadinanza		Residenza		Provincia																																							
Comune		Indirizzo		Civico																																							
Esponente		Scala		Interno																																							
Colore		CAP		Telefono cellulare																																							
Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata																																							
<b>in qualità di</b>																																											
Ruolo																																											
<input type="radio"/>	avente a carico il sottoscritto in quanto disabile																																										
<input type="radio"/>	unico proprietario																																										
<input type="radio"/>	amministratore del condominio																																										
<input type="radio"/>	altro (specificare)																																										

**dati del condominio** (da compilare nel caso il delegato alla riscossione del contributo sia l'amministratore del condominio)

Denominazione									
Provincia									
Comune									
Indirizzo									
Civico									
Esponente									
Scala									
Interno									
Colore									
CAP									
Codice Fiscale									

**DICHIARA, INOLTRE**

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		
<input type="checkbox"/>	è portatore di menomazioni o limitazioni funzionali permanenti, essendo stato visitato per il riconoscimento dell'invalidità in data		
	Data		
	Da		
	<input type="radio"/>	commissione di cui all'art. 1 della Legge 15/10/1990, n. 295 presso l'A.S.L. di	
		Sede	
	<input type="radio"/>	altra analoga commissione (indicare il collegio medico)	
		Collegio medico	
	La quale		
	<input type="radio"/> riconoscendo le difficoltà di deambulazione		
	<input type="radio"/> non riconoscendo le difficoltà di deambulazione		
	Ha espresso il seguente giudizio (indicare la declaratoria della commissione medica che riporta il grado di inabilità e la relativa norma di riferimento)		
	<b>pertanto allega documentazione medica comprovante lo stato di disabilità dichiarato</b>		
<input type="checkbox"/>	ha ottenuto, da parte della predetta commissione, l'indennità di accompagnamento in quanto persona non deambulante		

- che esistono le seguenti barriere architettoniche nell'immobile sopra indicato, nel quale è residente o nel quale si impegna a trasferire la residenza a lavori ultimati
- |                                      |
|--------------------------------------|
| Descrizione barriere architettoniche |
|                                      |
- che al fine di rimuovere tali ostacoli intende realizzare le seguenti opere
- |                   |
|-------------------|
| Descrizione opere |
|                   |
- che tali opere non sono esistenti o in corso di esecuzione e che saranno realizzate nel rispetto dei dettami della Legge 09/01/1989, n. 13 e del Decreto Ministeriale 14/06/1989, n. 236
  - che per la realizzazione di tali opere non gli è stato concesso altro contributo

- che la modalità prescelta dall'aveute 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	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	benestare del proprietario dell'immobile <i>(da allegare se chi presenta la domanda è affittuario)</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	documentazione medica comprovante lo stato di disabilità dichiarato
<input checked="" type="checkbox"/>	preventivo di spesa
<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	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<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: <a href="mailto:DPO@comune.genova.it">DPO@comune.genova.it</a></p> <p>L'art. 77 del GDPR ha previsto il reclamo all'Autorità di controllo <a href="https://www.garanteprivacy.it">https://www.garanteprivacy.it</a> 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</p>

Genova		
Luogo	Data	Il dichiarante

Presentazione non usare per la carta