



Amministrazione destinataria

Comune di Falcade

Ufficio destinatario

Ufficio Segreteria



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

Ai sensi della Legge Regionale 12/07/2007, n. 16

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
 conduttore
 affittuario
 altro (specificare)

dell'immobile di proprietà

Tipo proprietà

pubblica
 privata

collocato in

Particella terreni o Unità imm. urbana		Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		
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"/>

e in qualità di

Titolo

persona con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale
 persona esercente la potestà, tutela o curatela su soggetti con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale
 legale rappresentante del seguente ente privato

Denominazione/Ragione sociale						Tipologia				
Sede legale										
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP	
								<input type="checkbox"/>		
Codice Fiscale				Partita IVA						
Telefono				Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

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

CHIEDE

l'erogazione del contributo regionale per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche in

- edifici e spazi privati aperti al pubblico
- edifici privati
 - case di civile abitazione
 - luoghi di lavoro
- facilitatori della vita di relazione
- adattamento di mezzi di locomozione privati
 - moto o autoveicoli in funzione delle minorazioni anatomiche e funzionali
 - adattamenti di mezzi ai fini del trasporto di persone con disabilità

prevedendo una spesa di

Importo preventivo

€

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'immobile oggetto dell'intervento è adibito a

- residenza principale
- posto di lavoro stabilmente occupato
- altro (specificare)

della persona con disabilità

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"/>

che intende procedere

Tipo attività

- alla realizzazione delle seguenti opere, finalizzate al superamento e all'eliminazione delle seguenti barriere architettoniche

Descrizione opere

Descrizione barriere architettoniche

Tipologia di edificio su cui intervenire

- edificio e spazio privato aperto al pubblico
- edificio privato
- edificio privato adibito a luogo di lavoro
- edificio di edilizia residenziale agevolata
- all'acquisto e posa in opera dei seguenti ausili o attrezzature, finalizzate al superamento e all'eliminazione delle seguenti barriere architettoniche

Descrizione ausili

Descrizione barriere architettoniche

Tipologia di edificio su cui installare gli ausili

- edificio e spazio privato aperto al pubblico
- edificio privato
- edificio privato adibito a luogo di lavoro
- edificio di edilizia residenziale agevolata
- all'adattamento di mezzi di locomozione privati

Descrizione

DICHIARA INOLTRE

Contributi regionali o statali

- di non avere ottenuto contributi regionali o statali per le stesse opere o acquisti
- di avere ottenuto i seguenti contributi regionali o statali per le stesse opere o acquisti

Descrizione contributi ottenuti

Domanda per la concessione di un contributo

- di non aver presentato domanda per la concessione di un contributo per il medesimo fine
- di aver presentato domanda per la concessione di un contributo al seguente ente, per il medesimo fine

Definizione ente

Legge di riferimento

- Legge 05/02/1992, n. 104
- altra legge

Descrizione

Domanda per la concessione di un contributo

- che i lavori non sono stati eseguiti, né sono in corso d'opera
- che gli ausili non sono stati acquistati

Erogazione contributo

di essere consapevole che in base alle disposizioni regionali il contributo verrà erogato dal Comune dopo l'esecuzione delle opere o l'acquisto dei beni, sulla base

1. della documentazione attestante la spesa (fattura debitamente quietanzata)
2. della certificazione di regolare esecuzione redatta dal direttore dei lavori per le opere che comportano, a termini di legge, la necessaria assistenza di un tecnico abilitato, ovvero sottoscrizione della ditta che ha effettuato la fornitura o l'installazione di ausili
3. della dichiarazione rilasciata dall'amministrazione condominiale, relativamente alla spesa sostenuta dal richiedente del contributo

Trasporto di persone con disabilità

- che la persona trasportata è sprovvista di patente
- che la persona trasportata non è più in grado di guidare l'automezzo

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**dati identificativi della persona avente diritto al contributo**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	

Elenco degli allegati

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

- certificato di condizione di disabilità
- copia del certificato medico per eliminazione di barriere architettoniche
- preventivo di spesa intestato al richiedente del contributo
- copia dell'autorizzazione comunale inerente l'opera
- copia della patente di guida
- descrizione delle modifiche da apportare al mezzo
- certificazione attestante le condizioni di menomazione o di disabilità dell'interessato alla guida
- pagamento dell'imposta di bollo
- copia del documento d'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.

Falcade

Luogo

Data

il dichiarante