



Ambito Territoriale Sociale di Gioia del Colle, Casamassima, Turi e Sammichele di Bari

Ufficio di Piano

ALL' UFFICIO SERVIZI SOCIALI

COMUNE di

**OGGETTO:** Richiesta di contributo per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati (Delib. di G.R. n.812 del 13 Maggio 2009). Anno 2020 – Competenza 2019.

Il sottoscritto..... nato a ..... il.....

C.F....., tel..... residente a ..... Via .....

abitante in qualità di:

proprietario     convivente     conduttore     altro

nell'immobile di proprietà di..... sito in.....

c.a.p..... via/piazza..... n..... piano..... tel..... quale:

portatore di handicap

esercente la potestà o tutela o procura del soggetto portatore di handicap

**Indicare qui di seguito i dati del disabile se diversi dal firmatario:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_



---

**CHIEDE**

Il contributo previsto dall'art.9 della legge in oggetto, prevedendo una spesa di Euro.....

Per la realizzazione

della seguente opera .....

delle seguenti opere ( solo se funzionalmente connesse).....

.....

Da realizzarsi nell'immobile sopra indicato, al fine di rimuovere una o più barriere che creano difficoltà

**A. di accesso all'immobile o alla singola unità immobiliare:**

rampa di accesso

servo scala

piattaforma o elevatore

ascensore:

installazione

adeguamento

ampliamento porte di ingresso

adeguamento percorsi orizzontali condominiali

installazione dispositivi di segnalazione per favorire la mobilità dei non vedenti all'interno degli edifici

installazione meccanismi di apertura e chiusura porte

acquisto bene mobile non elettrico idoneo al raggiungimento del medesimo fine, essendo

L'opera non realizzabile per impedimenti materiali/giuridici

altro

**B. di fruibilità e visibilità dell'alloggio:**

adeguamento spazi interni all'alloggio ( bagno, cucina, camere ecc.)

adeguamento percorsi orizzontali e verticali interno all'alloggio



altro

**DICHIARA**

(ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Che la composizione del nucleo familiare convivente col beneficiario delle prestazioni è la seguente:

N.	Cognome e nome	Grado di parentela	Data di nascita
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Che il reddito complessivo di tutti i componenti il nucleo familiare relativo all'anno 2019 (Mod. 730 – 740 – CUD ) è di EURO \_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

( indicare la persona che materialmente riscuote il contributo)

Che avente diritto al contributo, poiché onerato dalla spesa è il sig.....

In quanto:

esercente la potestà o tutela nei confronti della persona disabile

avente a carico la persona disabile

unico proprietario

amministratore di condominio

portatore di handicap



che le opere non sono già esistenti o in corso di esecuzione.

**che le opere sono state eseguite nell'arco dell'anno di riferimento della domanda.**

### CHIEDE

che la liquidazione del contributo avvenga con accreditamento in conto corrente bancario

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

### ALLEGA ALLA DOMANDA:

- Certificato medico attestante la disabilità per coloro che sono in attesa del riconoscimento dell'invalidità da parte della Commissione ASL;
- certificazione ASL di invalidità;
- Certificazione attestante l'handicap ai sensi della legge 104;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa alle barriere architettoniche presenti nell'abitazione e alle opere di rimozione da realizzare e che tali opere non sono state ancora eseguite;
- Autocertificazione attestante la composizione del nucleo familiare;
- Fotocopia della carta d'identità del richiedente;
- Dichiarazione dei redditi (ultima dichiarazione presentata prima della consegna della domanda – Redditi 2018) di tutti i componenti il nucleo familiare;
- Preventivo della spesa da sostenere.

IL RICHIEDENTE

.....

L'AVENTE DIRITTO AL CONTRIBUTO

Per conferma e adesione .....