All. 1 – Modello di istanza per la richiesta del contributo ex lege n. 13/1989

AL COMUNE DI _____

Oggetto: Domanda di concessione di contributo per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati, ai sensi della Legge 9 gennaio 1989, n. 13.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, in qualità di: ***(segnare con una X la voce che interessa)***

- ❒ persona con disabilità (1) residente (2) in _____ in via/piazza _____ int. _____ tel. _____;
- ❒ esercente la potestà o tutela sulla persona con disabilità (1) sig./sig.ra _____, nato/a a _____ il _____ residente in (2) _____via/piazza _____ n. _____ int. _____ tel. _____;
- ❒ altro (3) _____ della persona con disabilità sig./sig.ra _____, nato/a a _____ il _____ residente in (2) _____ via/piazza _____ _____ int. _____ tel. _____;

CHIEDE

il contributo previsto dall'art. 9 della legge in oggetto, su una previsione di spesa di € _____ – *I.V.A. compresa* – (4) per l'esecuzione della seguente opera (o più opere funzionalmente connesse) (5), 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:

1) rampa di accesso;
2) servoscala;
3) piattaforma o elevatore;
4) ascensore: ☐ installazione ☐ adeguamento (segnare con una X la voce che interessa);
5) ampliamento porte di ingresso;
6) adeguamento percorsi orizzontali condominiali;
7) installazione dispositivi di segnalazione per favorire la mobilità dei non vedenti all'interno degli edifici;
8) installazione meccanismi di apertura e chiusura porte;
9) acquisto bene mobile non elettrico idoneo al raggiungimento del medesimo fine, essendo l'opera non realizzabile per impedimenti materiali/giuridici: _____;
10) altro (6):_____;

B – di fruibilità e visitabilità dell'alloggio:

1. adeguamento spazi interni all'alloggio (bagno, cucina, camere, ecc.);
2. adeguamento percorsi orizzontali e verticali interni all'alloggio;
3. altro (6):_____;

COMUNICA

che avente diritto (7) al contributo, in quanto onerato della spesa, è:

- ❒ il/la sottoscritto/a richiedente

- ❒ il/la sig./sig.ra _____, in qualità di: *(contrassegnare con X le voci che interessano)*
- ❒ esercente la potestà o tutela nei confronti della persona con disabilità;
- ❒ familiare o soggetto avente a carico la persona con disabilità;
- ❒ proprietario dell'immobile ove la persona con disabilità ha la residenza;
- ❒ amministratore del condominio ove la persona con disabilità ha la residenza;
- ❒ responsabile del centro o istituto ex art. 2 legge 27 febbraio 1989, n. 62 ove la persona con disabilità ha la residenza.

Allega alla presente domanda:

1. certificato medico in carta libera attestante la disabilità motoria o visiva;
2. dichiarazione sostitutiva di atto notorio (autocertificazione);
3. preventivo di spesa dettagliato comprensivo di IVA al 4%;
4. fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
5. altro: _____;

_____, lì _____

_____

Il/La richiedente

_____

Per conferma ed adesione, l'avente diritto al contributo
(se diverso dal richiedente)

Note

(1) Può accedere al contributo di cui alla legge n. 13/89 il soggetto con disabilità che soffre di patologie che comportano menomazioni o limitazioni funzionali permanenti di carattere motorio (difficoltà di deambulazione ovvero cecità).

(2) Indicare l'effettiva e stabile residenza della persona con disabilità che deve coincidere con l'immobile nel quale verranno realizzate le opere oggetto del contributo.

(3) Indicare il rapporto intercorrente con la persona con disabilità (coniuge, figlio, ecc.) se non rientra nei casi precedenti (esercente potestà o tutela).

(4) Indicare la previsione di spesa per la realizzazione/acquisto delle opere/macchinari oggetto della richiesta. Il contributo verrà calcolato secondo le indicazioni dell'art. 9, comma 2, della legge n. 13/89. Il contributo sarà ricalcolato sull'importo effettivo in caso di spesa inferiore a quella preventivata. Non si procederà a ricalcolo in caso di spesa effettiva superiore a quella preventivata.

(5) Si precisa che per "opere funzionalmente connesse" si intendono quelle volte alla rimozione di barriere architettoniche che ostacolano la stessa funzione (funzione di accesso, di visitabilità, ecc.). In relazione a ciò, qualora si intenda realizzare più opere e queste siano "funzionalmente connesse", il richiedente deve formulare un'unica domanda essendo unico il contributo che verrà, quindi, computato in base alla spesa complessiva. Qualora di un'opera o di più opere "funzionalmente connesse" possano fruire più persone con disabilità, deve essere presentata una sola domanda da uno dei beneficiari in quanto uno solo è il contributo concesso. Se invece le opere riguardano l'abbattimento di barriere che ostacolano funzioni tra loro diverse (accesso: installazione rampa o servoscala; visitabilità: adeguamento servizi igienici) il richiedente deve presentare più istanze per ognuna delle quali otterrà il relativo contributo. I contributi di cui alla legge n. 13/89 sono cumulabili con altri concessi a qualsiasi titolo per la realizzazione della stessa opera, fermo restando che l'importo complessivo dei contributi non può superare la spesa effettivamente sostenuta.

(6) Specificare l'opera da realizzare.

(7) Il soggetto avente diritto al contributo può non coincidere con la persona con disabilità qualora questa non provveda alla realizzazione delle opere a proprie spese.

All. 2 – Modello di certificazione a cura del medico

DICHIARAZIONE DA INSERIRE NEL CERTIFICATO IN CARTA LIBERA INTESTATA REDATTO E SOTTOSCRITTO DA QUALSIASI MEDICO

Si certifica che il/la sig./sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ soffre delle seguenti patologie:

a) _____;
b) _____;
c) _____;
d) _____:
e) _____;
f) _____;

Si certifica inoltre che le suddette patologie comportano un handicap che si concretizza in una menomazione o limitazione funzionale permanente, dalla quale deriva per il predetto paziente una obiettiva difficoltà (ovvero impossibilità) alla deambulazione.

_____
(luogo e data)

_____
(timbro e firma del medico)

All. 3A – Modello di autocertificazione a cura del richiedente con disabilità – invalidità totale

COMUNE DI _____

Autocertificazione
resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000
(da rendere a cura della persona con disabilità)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

- Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm. e ii.;
- In applicazione della Legge 9 gennaio 1989, n. 13 recante "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati";

Dichiara

- che nell'immobile, in cui ha la propria residenza abituale, sito in _____ via/piazza _____ n. _____ piano _____ interno _____ esistono le seguenti barriere architettoniche: _____ _____;
- che le suddette barriere architettoniche comportano le seguenti difficoltà: _____ _____ _____;
- che, al fine di rimuovere tali ostacoli, ha chiesto di realizzare/acquistare le/i seguenti opere/beni: _____ _____ _____;
- che gli interventi/beni sopra descritti e per i quali chiede il contributo non sono stati realizzati/acquistati né sono in corso di esecuzione/installazione;
- che per gli interventi/beni di cui sopra (contrassegnare con X le voci che interessano):

❑ non è già stato concesso alcun altro contributo;

❑ è già stato concesso un contributo di € _____ da parte di _____ _____ (indicare ente erogatore e normativa) il cui importo, cumulato con quello richiesto ai sensi della legge n. 13/89, non supera la spesa totale preventivata per l'intervento;

❑ è stato richiesto un contributo di € _____ ai sensi _____ (indicare gli estremi della norma) a _____(indicare ente competente);

- **di essere invalido totale con difficoltà di deambulazione come da certificazione rilasciata dalla competente A.S.P.**

Dichiara infine, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del Decreto Legislativo n. 196/2003 e ss.mm. e ii., di essere consapevole che i suddetti dati saranno utilizzati ai soli fini degli adempimenti di legge.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, alla presente autocertificazione viene allegata fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

_____, lì _____

_____

Il/La dichiarante

All. 4A – Modello di autocertificazione a cura del curatore o tutore della persona con disabilità – invalidità totale

COMUNE DI _____

Autocertificazione
resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000
(da rendere a cura del tutore o curatore)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____il _____ residente a _____

in via/piazza _____ n. _____ nella qualità di tutore/curatore della persona con disabilità sig./sig.ra _____ nato/a _____

il _____che risiede a _____

in via/piazza _____ n. _____

- Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm. e ii.;
- In applicazione della Legge 9 gennaio 1989, n. 13 recante "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati";

Dichiara

- che nell'immobile, in cui la persona con disabilità sopra generalizzata ha la propria residenza abituale, sito in _____ via/piazza _____ n._____ piano _____ interno. _____ esistono le seguenti barriere architettoniche _____ _____ _____;
- che le suddette barriere architettoniche comportano alla persona con disabilità le seguenti difficoltà: _____ _____ _____:
- che, al fine di rimuovere tali ostacoli, ha chiesto di realizzare/acquistare le/i seguenti opere/beni: _____ _____ _____;
- che gli interventi/beni sopra descritti e per i quali chiede il contributo non sono stati realizzati/acquistati né sono in corso di esecuzione/installazione;
- che per gli interventi/beni di cui sopra (contrassegnare con X le voci che interessano):

❑ non è già stato concesso alcun altro contributo;

❑ è già stato concesso un contributo di € _____ da parte di _____ _____ (indicare ente erogatore e normativa) il cui importo, cumulato con quello richiesto ai sensi della legge n. 13/89, non supera la spesa totale preventivata per l'intervento;

❑ è stato richiesto un contributo di € _____ ai sensi _____

(indicare gli estremi della norma) a _____ (indicare ente competente);

- **che la persona con disabilità sopra generalizzata è invalida totale con difficoltà di deambulazione come da certificazione rilasciata dalla competente A.S.P.**

Dichiara infine, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del Decreto Legislativo n. 196/2003 e ss.mm. e ii., di essere consapevole che i suddetti dati saranno utilizzati ai soli fini degli adempimenti di legge.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, alla presente autocertificazione viene allegata fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

_____, lì _____

_____

Il/La dichiarante