

Marca
Da Bollo
€ 10,33

AL SIGNOR SINDACO DEL
COMUNE DI SERRAVALLE PISTOIESE

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 Sottoscritto

Nato a il abitante in qualità di

- Proprietario
- Conduttore
- Altro

Nell'immobile di proprietà di

Sito in Cap. via/piazza

n. civico piano int. tel., quale

- Portatore di handicap
- Esercente la potestà o tutela su soggetto portatore di handicap

CHIEDE

Il contributo previsto dall'art. 9 della legge in oggetto, prevedendo una spesa di L.
per la realizzazione delle seguenti opere (o più opere 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:

1. rampa di accesso;
2. servo scala;
3. piattaforma o elevatore;
 installazione
4. ascensore
 adeguamento
5. ampliamento porte di ingresso;
6. adeguamento percorsi orizzontali;

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

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

DICHIARA

Che avente diritto al contributo, in quanto onerato della spesa, è: il sottoscritto richiedente

Sig., in qualità di :

- esercente la potestà o tutela nei confronti del portatore di handicap;
- avente a carico il portatore di handicap;
- unico proprietario;
- amministratore del condominio;
- responsabile del centro o istituto ex art. 2 legge 27 febbraio 1989 n. 62.

Allega alla presente domanda:

1. dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
2. Certificato Commissione Medica (o fotocopia autenticata) attestante lo stato di invalidità civile

data _____

Il richiedente

L'avente diritto al contributo

Per conferma e adesione _____
