

**Amministrazione destinataria**

Comune di Milano

**Ufficio destinatario**Ufficio di TEST - Informazioni e istanze  
non valide**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	
<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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Scala	Piano	SNC	CAP
		<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** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

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

**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**

## in qualità di

### Ruolo

- ☐ persona con disabilità
- ☐ persona esercente la potestà, tutela o curatela sulla persona con disabilità

### soggetto interessato

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

☐

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

- ☐ responsabile del centro o istituto, così come definito dall'articolo 2 della Legge 27/02/1989, n. 62
- ☐ altro (specificare)

### CHIEDE

l'erogazione del contributo statale per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche, prevedendo una spesa di

Importo preventive (comprensivo di IVA)

€

### per la realizzazione delle seguenti opere funzionalmente connesse

#### Tipo di opera

- ☐ opere di accesso all'immobile o alla singola unità immobiliare
- ☐ rampa di accesso
  - ☐ servo scala
  - ☐ piattaforma o elevatore
  - ☐ installazione ascensore
  - ☐ adeguamento ascensore
  - ☐ ampliamento porte di ingresso
  - ☐ adeguamento percorsi orizzontali condominiali
  - ☐ installazione dispositivi di segnalazione per favorire la mobilità dei non vedenti all'interno degli edifici
  - ☐ installazione di 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 (specificare)

☐ opere di fruibilità e visitabilità dell'alloggio

☐ adeguamento spazi interni all'alloggio, quali bagno, cucina, camere, ecc.

☐ adeguamento percorsi orizzontali e verticali interni all'alloggio

☐ altro

(specificare)

**presso l'immobile di proprietà privata collocato in**

P.T. o U.I.U.

Cod. cat.

Sezione

Foglio

Particella

Subalterno

Categoria

Visura

☐

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

☐

**Ruolo**

☐ proprietario

☐ conduttore

**pertanto allega benessere del proprietario dell'immobile**

☐ affittuario

**pertanto allega benessere del proprietario dell'immobile**

☐ altro (specificare)

**pertanto allega benessere del proprietario dell'immobile**

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'avente diritto al contributo, in quanto onerato della spesa per la realizzazione degli interventi, è (\*)

☐ il sottoscritto richiedente

☐ il seguente soggetto

Cognome

Nome

Codice fiscale

In qualità di

- ☒ 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 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

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**

**Elenco degli allegati**

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

- ☐ benessere del proprietario dell'immobile
- ☐ certificato di invalidità totale con difficoltà di deambulazione
- ☒ preventivo di spesa
- ☐ verbale di assemblea di condominio  
*(da allegare nel caso in cui le barriere da eliminare siano presenti in parti comuni del condominio)*
- ☐ copia del certificato medico attestante le condizioni di disabilità
- ☒ pagamento dell'imposta di bollo
- ☐ copia del documento di 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.

Mirano

**Luogo**

**Data**

**il dichiarante**