

Riservato Ufficio C.E.B.A.

ID

Al Sindaco del Comune di **VERONA**

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.**

EDIFICI PROGETTATI PRIMA DEL 11/08/1989

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

codice fiscale

abitante ⁽¹⁾ in qualità di ☐ proprietario - ☐ conduttore - ☐ altro ⁽²⁾ _____

nell'immobile di proprietà **non pubblica**, di _____

sito in **VERONA** Prov. **VR** C.A.P. _____

via _____ n° civico _____ piano _____ int. _____

tel. _____ - e-mail _____

quale: ☐ portatore di handicap - ☐ esercente la potestà o tutela su soggetto portatore di handicap

CHIEDE

il contributo ⁽³⁾ previsto dall'art. 9 della Legge in oggetto, **PREVEDENDO una spesa di**

Euro _____ **(IVA compresa)**

per la realizzazione della seguente opera (o più opere funzionalmente connesse) ⁽⁴⁾, da realizzarsi nell'immobile sopra indicato, al fine di rimuovere una o più barriere che creano difficoltà:

- vedere il punto 4 delle Note -

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

- ☐ ① rampa di accesso;
- ☐ ② servoscala;
- ☐ ③ piattaforma o elevatore;
- ☐ ④ ascensore: ☐ installazione ☐ adeguamento
- ☐ 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 ⁽⁵⁾ _____

☐ **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 ⁽⁵⁾ _____

Comune di Verona

Servizi Sociali

Vicolo San Domenico 13B – 37122 Verona

Tel. 0458078361 Fax 0458009095

E-Mail servizi.sociali@comune.verona.it – PEC servizi.sociali@pec.comune.verona.it

Portale Web www.comune.verona.it - Codice fiscale e Partita IVA 00215150236 - Codice Univoco Ufficio DX1VQH

DICHIARA

in conformità del disposto dall'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445, consapevole della responsabilità penale conseguente alle dichiarazioni mendaci,

- che il portatore di handicap sig./a _____
è riconosciuto invalido totale (100%) con difficoltà di deambulazione:
☐ NO ☐ SÌ, con certificato n° _____ rilasciato da _____
 - che l'edificio abitato dal portatore di handicap **NON È STATO PROGETTATO O INTERAMENTE RISTRUTTURATO DOPO IL 11/08/1989** (condizione obbligatoria)
 - che nell'immobile abitato dal portatore di handicap esistono le seguenti barriere architettoniche:
 - che comportano al portatore di handicap le seguenti difficoltà di:
 - che al fine di rimuovere tali ostacoli intende realizzare la/le seguente/i opera/e:
- secondo l'autorizzazione comunale (se necessaria) rilasciata in data _____
dall'ufficio _____
- che **TALI OPERE NON SONO ESISTENTI NÉ IN CORSO DI ESECUZIONE** (condizione obbligatoria)
 - che per dette opere:
 - ☐ è stato concesso altro contributo di Euro _____, ai sensi della legge per l'anno
 - ☐ è stata inoltrata richiesta di contributo ai sensi della legge per l'anno
 - ☐ non è stata inoltrata richiesta di altro contributo.

- che l'avente diritto al contributo, in quanto onerato della spesa ed **intestatario delle fatture successive**, è: ⁽⁶⁾

☐ il sottoscritto richiedente

OPPURE

☐ sig./a _____ in qualità di:

- ☐ esercente la potestà genitoriale o procura/ curatela/ tutela e simili, nei confronti del portatore di handicap, con nomina da _____ (estremi dell'atto)
- ☐ avente a carico il soggetto portatore di handicap;
- ☐ unico proprietario;
- ☐ amministratore del condominio _____ ;
- ☐ responsabile del centro o istituto ex art. 2 Legge 27/02/1989, n° 62.

codice fiscale

del soggetto da liquidare (fisico o giuridico)

ALLEGA

consapevole del disposto degli artt. 43 e 45 – comma 2 - del D.P.R. 28/12/2000 n° 445
alla presente domanda:

1. certificato medico originale in carta libera attestante l'handicap; ← *vedere facsimile allegato*
2. **PREVENTIVO** di spesa contenente descrizione delle opere/attrezzature/interventi;
3. copia del verbale dell'assemblea condominiale della quale risulta l'assenso del condominio all'installazione dell'ascensore o all'esecuzione dell'opera (*se necessario*);
4. documentazione comprovante la non eseguibilità e l'impossibilità materiale/giuridica di eseguire l'opera (*se del caso*);
5. copia fronte-retro di un documento/i d'identità valido/i dei firmatari;
6. altra documentazione utile ai fini dell'istruttoria della domanda:

.....

Dichiaro inoltre, di aver preso visione dell'Informativa di questo Comune relativa alla protezione dei dati personali e particolari, ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati):

- ☐ allegata al presente modulo di richiesta
- ☐ pubblicata sul sito Internet del Comune di Verona
- ☐ esposta nelle Sedi comunali

Data _____

IL RICHIEDENTE _____

per conferma e adesione

IL SOGGETTO ONERATO DELLA SPESA _____
(INTESTATARIO DELLE SUCCESSIVE FATTURE)

Note

- (1) Si deve indicare l'effettiva e stabile dimora del richiedente, che può anche non coincidere con la sua residenza anagrafica.
- (2) Barrare se si abita l'immobile a titolo diverso dalla proprietà o locazione (es. convivenza, ospitalità, comodato, ecc.).
- (3) Il contributo:
- per costi fino a € 2.582,28 è concesso in misura pari alla spesa effettivamente sostenuta;
 - per costi da € 2.582,29 a € 12.911,42 è aumentato del 25% della spesa effettivamente sostenuta
(es. per una spesa di € 7.746,85, il contributo è pari a € 2.582,28 più il 25% di € 5.164,57, cioè € 3.873,42);
 - per costi da € 12.911,43 a € 51.645,69 è aumentato di un ulteriore 5%
(es. per una spesa di € 41.316,55 il contributo è pari a € 2.582,28 più il 25% di € 10.329,14, più il 5% di € 28.405,13, cioè è di € 2.582,28 + € 2.582,29 + € 1.420,26 ovvero ammonta a € 6.584,83).
- (4) Si precisa che per **opere funzionalmente connesse** si intendono quelle volte alla rimozione di barriere architettoniche che ostacolano la **stessa funzione** (ad es. funzione di accesso all'immobile; funzione di visitabilità dell'alloggio), come di seguito esemplificato.
- Pertanto, qualora si intenda realizzare più opere, se queste sono funzionalmente connesse, il richiedente deve formulare un'unica domanda, essendo unico il contributo che, a sua volta, verrà computato in base alla spesa complessiva. Parimenti, qualora di un'opera o di più opere funzionalmente connesse, possano fruire più portatori di handicap, deve essere presentata una sola domanda da uno dei portatori di handicap, in quanto uno solo è il contributo concesso.
 - Se invece le opere riguardano l'abbattimento di barriere che ostacolano funzioni tra loro diverse (A. funzione di accesso es.: installazione ascensore; B. funzione di visitabilità es.: adeguamento servizi igienici) l'istante deve presentare una domanda per ognuna di esse e può ottenere quindi più di un contributo.
- Quindi l'indicazione di una delle due funzioni, A o B, esclude l'altra nella stessa domanda.**
- Si precisa inoltre che i contributi ai sensi della 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.
- (5) Specificare l'opera da realizzare.
- (6) Il soggetto avente diritto al contributo può non coincidere con il portatore di handicap qualora questi non provveda alla realizzazione delle opere a proprie spese.

Il termine per la presentazione della domanda e della integrazione della documentazione è fissato per il 1989 al 31 luglio e per gli anni successivi al **1° marzo**.

Le domande presentate successivamente avranno validità per l'anno seguente.

TIMBRO INTESTAZIONE O CARTA INTESTATA DEL MEDICO

✂-----

Si certifica che il Sig. _____
nato a _____ il _____
abitante a Verona – via _____ n° _____

è affetto da
.....
.....
.....
.....

trattasi pertanto di portatore di menomazioni/limitazioni funzionali permanenti o patologie invalidanti irreversibili non in grado di *(contrassegnare)*:

- ☐ raggiungere la propria abitazione
- ☐ fruire del proprio alloggio

se non con l'aiuto di terze persone, a rischio della salute.

DATA _____

IL MEDICO