**SCHEDA RIEPILOGATIVA INTERVENTO**

**L. 13 del 9.01.1989 e s.m.i. – Abbattimento Barriere Architettoniche**

*(da compilare per ogni singola richiesta)*

**COMUNE DI:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SIG**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La Sig. ………………………………………………………..… nato/a a ……………………………………… il ……………………, residente a ………………………………………………………. in Via/Piazza ……………………….……………………………………………………………………………….. con nota del ……………………………………. Prot. n. ………………………………….. ha inoltrato, in qualità di *(proprietario, conduttore, altro) ………………………………………………………………………………………....* , la richiesta di contributo per l’abbattimento delle barriere architettoniche ai sensi della L. 13/89 e s.m.i..

Lo stesso ha dichiarato:

1. di essere stato/a riconosciuto/a dalla competente commissione medico legale invalido con **grado di invalidità** pari al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **%** *(indicare la percentuale);*

***oppure***

 di essere in possesso del certificato medico, in carta semplice, che attesti l'handicap precisando da quali patologie dipende e quali obiettive difficoltà alla mobilità ne discendano, con specificazione, ove occorre, che l'handicap consiste in una menomazione o limitazione funzionale permanente.

1. che nell’immobile sito in ………………..................................... C.A.P. ……….............. via/piazza…………….................................................................................. n. civico ...................... piano ..................... int. ..............., oggetto delle opere per l’abbattimento delle barriere architettoniche, lo stesso ha effettiva, stabile ed abituale dimora;
2. breve elencazione delle barriere architettoniche esistenti e relative difficoltà: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
3. che al fine di rimuovere tali ostacoli intende realizzare le seguenti opere: (Riportare la tipologia degli interventi da eseguire)

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. che le opere da realizzare non sono esistenti o in corso di esecuzione *(cancellare la parte che non interessa)*, così come specificato nell’ art. 4, comma 5, della Circolare Ministeriale del 22/06/1989 n. 1669/U.L., *(Circolare esplicativa della L. 13/89)*, che esclude il riconoscimento del contributo per opere già eseguite prima della presentazione della domanda;
2. che per la realizzazione di tali opere il contributo richiesto è di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (esclusa IVA) e l’importo ammissibile è di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Riferimento Colonna 6, All. 1); *si prega di allegare opportuno Computo Metrico Estimativo dell’intervento e/o preventivo di spesa*
3. che per la realizzazione di tali opere:

 non ha usufruito di altro contributo

 ha usufruito di altro contributo nella misura di euro………………………............................ tale che, cumulato a quello già concesso ai sensi della legge 13/89, non supera la spesa preventivata *(cancellare la parte che non interessa).*

 Il Responsabile del Procedimento

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B. Si precisa che nell’ipotesi in cui le somme attribuite al comune non siano sufficienti a coprire l'intero fabbisogno, il comma 4 dell'art. 10 detta due criteri (subordinati ed integrati) di precedenza da seguire nella ripartizione; primo criterio è quello dell’assoluta precedenza per le domande presentate da portatori di handicap riconosciuti invalidi totali con difficoltà di deambulazione dalle competenti unità sanitarie locali; criterio subordinato è quello dell'ordine cronologico di presentazione delle domande.