

Marca da bollo  
€ 16,00

Al Sindaco  
Comune di Pomezia  
Piazza Indipendenza 26  
00071 – Pomezia – RM

[protocollo@pec.comune.pomezia.rm.it](mailto:protocollo@pec.comune.pomezia.rm.it)  
[protocollo@comune.pomezia.rm.it](mailto:protocollo@comune.pomezia.rm.it)

**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 .....

residente nel comune di..... in via/piazza

..... n.....

Tel ..... Cell .....

email ..... quale

portatore di handicap  esercente di potestà o tutela su soggetto portatore di handicap

ovvero  proprietario  conduttore altro (2) \_\_\_\_\_

Dell'immobile sito in **Pomezia** CAP 00071 in VIA .....

sc..... int..... identificato al catasto al Foglio..... Particella.....sub.....

#### CHIEDE

Il contributo (3) previsto dall'art. 9 della legge in oggetto, prevedendo una spesa di Euro /€ .....

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

**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 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 visibilità dell'alloggio:

1.  adeguamento spazi interni all'alloggio (bagno, cucina, camere, ecc.);
2.  adeguamento percorsi orizzontali e verticali interni all'alloggio;
3.  altro (5) .....

#### **DICHIARA**

Che avete diritto al contributo, in quanto onerato della spesa, è: \_\_\_\_\_

il sottoscritto richiedente

il/la Sig. .... in qualità di :

- esercente la potestà o tutela nei confronti del portatore di handicap;
- avente a carico il soggetto portatore di handicap;
- unico proprietario;

- amministratore del condominio;
- responsabile del centro o istituto ex art. 2 Legge 27/2/89, n. 62;

**ALLEGATA** ALLA PRESENTE DOMANDA:

- certificato medico in carta libera attestante l'handicap (**obbligatorio**);
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (**obbligatoria**);

certificato ASL (o fotocopia autenticata) **attestante l'invalidità totale con difficoltà di deambulazione,** ovvero si riserva di presentarlo entro il

\_\_\_\_\_

.....li.....

IL RICHIEDENTE

.....

L'AVENTE DIRITTO AL CONTRIBUTO (7)

Per conferma di adesione .....