

**AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI NAPOLI**  
**Servizio Politiche Di Inclusione Sociale**  
**- Ufficio Disabilita' -**  
**Via Salvatore Tommasi, 19 – 80135 Napoli**  
**Tel. 081/7953225**

.....sottoscritto .....

nat...a.....il.....residente.....

in Via.....n.....scala.....piano .....int. ....

c.a.p. ....C.F.....telefono.....Municipalità.....

abitante in qualità di :

proprietario

conduttore

altro .....

nell'immobile di proprietà di.....

sito in Via .....n.....scala.....piano.....int.....c.a.p.....

telefono.....Municipalità.....

quale:

portatore di handicap con la seguente patologia.....

esercente la potestà genitoriale o tutela del soggetto portatore di handicap

Sig. ....nat. a .....il.....

residente a .....in Via .....n.....

scala.....piano.....int.....c.a.p.....C.F.....

con la seguente patologia.....

## CHIEDE

il contributo previsto dall'art. 9 della Legge 9 Gennaio 1989, n. 13 prevedendo una spesa di Euro .....  
per la realizzazione della seguente opera( o più opere funzionalmente connesse), da realizzarsi nell'immobile sopraindicato, 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.
  
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.....

**B  di fruibilità e di visibilità 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 Sig.....
- C.F.....nato a .....il.....
- Residente in .....Via .....
- Tel.....in qualità di:
- esercente la potestà genitoriale o tutela nei confronti del portatore di handicap;
- avente a carico il soggetto portatore di handicap;
- unico proprietario;
- responsabile del centro o istituto ex art. 2 Legge 27/02/1989 n. 62;
- amministratore del condominio.....
- Codice Fiscale Condominio.....
- Codice IBAN Condominio.....

A tale scopo, ai sensi del DPR n.445 del 28/12/2000,

**DICHIARA**

In qualità di portatore di handicap/tutore esercente la potestà dei genitori nei confronti del portatore di handicap,

- che nell'immobile da lui abitato 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 seguenti opere .....
- .....
- che tali opere non sono esistenti o in corso di esecuzione;
- che per la realizzazione di tali opere gli è stato concesso un contributo pari a €.....
- che per la realizzazione di tali opere non gli è stato concesso altro contributo

Allo scopo di comprovare la necessità di ottenere il contributo di che trattasi, allega la seguente documentazione:

- certificazione medica in carta libera attestante la disabilità, rilasciata dal Medico di Medicina Generale;
- copia resa conforme, ai sensi del DPR 445/2000, del decreto di invalidità;

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che i propri dati personali verranno trattati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, ai soli fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla presente richiesta ( informativa ai sensi della L. 196/2003).

Napoli,.....

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

L'AVENTE DIRITTO AL CONTRIBUTO  
( soggetto onerato della spesa- intestatario della fattura)

\_\_\_\_\_