

ALLEGATO C

REGIONE PIEMONTE LEGGE 9 gennaio 1989, n. 13
SETTORE PROGRAMMAZIONE E ATTUAZIONE INTERVENTI EDILIZIA SOCIALE

DATI ANAGRAFICI DEL DISABILE RICHIEDENTE CONTRIBUTO

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

C.F. _____

ABITANTE (1) NELL'IMMOBILE DI PROPRIETA' DI _____

SITO IN _____ PROV. _____ CAP. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

PIANO _____ INTERNO _____

IN QUALITA' DI PROPRIETARIO CONDUTTORE ALTRO (2) _____

DATI ANAGRAFICI BENEFICIARIO CONTRIBUTO

(da compilare se altro dal richiedente)

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

C.F. _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____ CAP. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

IN QUALITA' DI

- esercente la potestà e tutela nei confronti del disabile
- avente a carico il soggetto disabile
- unico proprietario
- amministratore dei condominio
- altro

NOTE

1. Si deve indicare l'effettiva e stabile dimora del richiedente.
2. Barrare se si abita l'immobile a titolo diverso dalla proprietà o locazione (ad esempio convivenza, ospitalità, comodato, ecc.)

TIPO DI INTERVENTO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> rampa di accesso | <input type="checkbox"/> ampliamento porta d'ingresso |
| <input type="checkbox"/> servo scala | <input type="checkbox"/> adeguamento percorsi orizzontali condominiali |
| <input type="checkbox"/> piattaforma o elevatore | <input type="checkbox"/> installazione dispositivi di sopraelevazione per favorire la mobilità dei non vedenti all'interno degli edifici |
| <input type="checkbox"/> installazione ascensore | <input type="checkbox"/> installazione di meccanismi di apertura e chiusura porte |
| <input type="checkbox"/> adeguamento ascensore | <input type="checkbox"/> acquisto bene mobile non elettrico idoneo al raggiungimento del medesimo fine, essendo l'opera non realizzabile, per impedimenti materiali o giuridici |
| | <input type="checkbox"/> altro (3) _____
_____ |

SPESA

- | | |
|--|-------------|
| 1. IMPORTO DI SPESA PREVISTO SULLA DOMANDA | euro: _____ |
| 2. IMPORTO AMMESSO A FINANZIAMENTO | euro: _____ |
| 3. IMPORTO DI SPESA DA FATTURA/E AL NETTO DELL'IVA DEL _____ | euro: _____ |
| 4. AMMONTARE DEL CONTRIBUTO EROGATO AL DISABILE CON MANDATO N. _____ DEL _____ | euro: _____ |
| 5. DIFFERENZA 2 - 4 DA RESTITUIRE ALLA REGIONE PIEMONTE CON MANDATO N. ____ DEL _____ | euro: _____ |

DATA _____

II SINDACO

NOTE

3. Specificare l'opera da realizzare