



Comune di Parma

Ai sensi del Decreto del Presidente della
Repubblica del 26 ottobre 1972, n. 642 e
successive modifiche e integrazioni
**Marca da bollo del valore
di € 16,00**



**SETTORE SOCIALE
S.O. NON AUTOSUFFICIENZA**

**Domanda di concessione del contributo per il superamento e l'eliminazione delle barriere
architettoniche negli edifici privati, ai sensi della L. 13 9/01/1989 e D.G.R. n. 171 17/02/1989**

Data di protocollazione ____/____/____ Protocollo n. _____ Fascicolo n. _____

* la compilazione dei campi contrassegnati con l'asterisco è OBBLIGATORIA

1/A • DATI ANAGRAFICI – Compili gli spazi

Il/la Sottoscritto/a, *Cognome _____

*Nome _____ *Nato il ____/____/____

*C.Fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

*Nato a _____ Prov. _____ *Nazione _____

*Residente a _____

*Via/Piazza _____ n° ____ CAP ____/____/____/____/____

1/B • RECAPITO TELEFONICO / E-MAIL – Compili gli spazi per ricevere eventuali informazioni relative alla sua pratica

☎ Telefono _____ ☎ Cellulare _____

@ E-mail _____ ✉ PEC _____

1/C • E IN QUALITÀ DI:

↓ (spuntare una ed una sola scelta)

in qualità di:

- ☐ persona con disabilità
- ☐ esercente la potestà sulla persona con disabilità (ex art. 316 cc)
- ☐ curatore della persona disabile inabilitata (ex art. 415 cc)
- ☐ tutore della persona disabile interdetta (ex art. 414 cc)
- ☐ amministratore di sostegno della persona disabile (L. 09/01/04, n.6)
- ☐ altro: _____

2/A • DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ, PER LA QUALE VIENE RICHIESTO IL CONTRIBUTO –

Compilare solo se il richiedente non è la persona disabile

*Cognome _____ *Nome _____

*Codice fiscale _____

*Nato il ____/____/____ *a _____

*Residente nel Comune di _____ Provincia _____ C.A.P. _____

*Indirizzo _____ *N° ____/____

CHIEDE

Pag. 2 di 5

DICHIARA INOLTRE

- Che avente diritto al contributo, in quanto onerato della spesa è:

☐ Il richiedente

☐ Il/la Sig./ra _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____

In via/piazza _____ n. _____

Recapiti telefonici: Abitazione _____ Cell. _____

in qualità di:

☐ avente a carico la persona con disabilità

☐ unico proprietario

☐ amministratore del condominio

☐ responsabile del centro o istituto ex art. 2 legge 27/02/1989, n.62

☐ altro _____

- Che tali opere non sono esistenti o in corso di esecuzione

- Che per tali opere

☐ non è stato concesso nessun altro contributo

☐ è stato:

☐ chiesto analogo contributo a:

☐ concesso altro contributo da parte di:

indicare l'Ente _____

il cui importo, cumulato a quello richiesto ai sensi della L. 13/89, non supera la spesa preventivata.

- Che nell'immobile abitato esistono le seguenti barriere architettoniche:

- Che comportano alla persona con disabilità le seguenti difficoltà:

- Che al fine di rimuovere gli ostacoli intende realizzare il/i seguente/i interventi:

- **Che gli interventi riguardano edifici già esistenti al 11/08/1989 e non ristrutturati dopo il 11/08/1989**

DICHIARA ALTRESI'

ai soli fini della D.G.R. n. 171 del 17/02/2014:

- Che il valore I.S.E.E. del nucleo familiare della persona con disabilità (ai sensi del D. Lgs. 109/1998 e successive modifiche) è di € _____

3 - ☐ DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE – Legga attentamente...

- Che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato, ed incorre nelle sanzioni penali previste dall'art. 76 (pene a carattere detentivo anche fino a 5 anni e multe);
- Che sui dati dichiarati potranno essere effettuati, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000, controlli finalizzati ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- Che è fatto obbligo al sottoscrittore della domanda di comunicare per iscritto, alla data della variazione, ogni modifica intervenuta ai requisiti dichiarati.

4 - ☐ ALLEGATI DA PRESENTARE UNITAMENTE ALLA DOMANDA - Spuntare le caselle relative agli allegati presentati

A TAL FINE ALLEGA

ALLEGATI OBBLIGATORI AI FINI DELLA RICEVIBILITA'

- ☐ Certificato USL (o fotocopia) attestante l'invalidità totale con difficoltà di deambulazione, ovvero si riserva di presentarlo entro il _____
- ☐ ISEE



ALLEGATI OBBLIGATORI SOTTO CONDIZIONE

- ☐ Copia fotostatica del documento d'identità del firmatario *[da presentare qualora la firma dell'intestatario non venga apposta alla presenza dell'addetto incaricato a ricevere la pratica]*
- ☐ Certificato medico in carta libera attestante la difficoltà motoria *[da allegare solo se dal certificato di invalidità non si evince la limitazione funzionale permanente relativa alla mobilità o nel caso in cui non ci sia certificato di invalidità]*
- ☐ Fotocopia del verbale dell'Assemblea condominiale di approvazione dei lavori inerenti la richiesta di contributo *[da allegare solo se le opere riguardano parti comuni del condominio]*
- ☐ Consenso scritto, in carta semplice, del proprietario dell'immobile o dell'alloggio *(da allegare solo se l'alloggio è occupato in qualità di affittuario)*
- ☐ Copia fotografica attestante la Barriera Architettonica che si vuole eliminare

5 - ☐ TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – Nota informativa • PRIVACY – Legga attentamente la nota informativa per la privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016

INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016

1. Premessa

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, il Comune di Parma, in qualità di " Titolare " del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali.

2. Identità e i dati di contatto del titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è il Comune di Parma, con sede legale in Parma, Via Repubblica n.1.

Al fine di semplificare le modalità di inoltro e ridurre i tempi per il riscontro si invita a presentare le richieste di cui al paragrafo n. 10, al Comune di Parma, Ufficio relazioni con il pubblico, via e-mail urp@comune.parma.it

3. Il Responsabile della protezione dei dati personali

Il Comune di Parma ha designato quale Responsabile della protezione dei dati la società LepidaSpA (dpoteam@lepida.it).

4. Responsabili del trattamento

L'Ente può avvalersi di soggetti terzi per l'espletamento di attività e relativi trattamenti di dati personali di cui l'Ente ha la titolarità. Conformemente a quanto stabilito dalla normativa, tali soggetti assicurano livelli esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza dei dati.

Vengono formalizzate da parte dell'Ente istruzioni, compiti ed oneri in capo a tali soggetti terzi con la designazione degli stessi a " Responsabili del trattamento ". Vengono sottoposti tali soggetti a verifiche periodiche al fine di constatare il mantenimento dei livelli di garanzia registrati in occasione dell'affidamento dell'incarico iniziale.

5. Soggetti autorizzati al trattamento

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, a cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei tuoi dati personali.

6. Finalità e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dal Comune di Parma per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e) non necessita del suo consenso.

I dati personali sono in relazione al procedimento ed alle attività correlate.

7. Destinatari dei dati personali

I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri Enti competenti di cui si avvale il Comune, al solo scopo di procedere all'istruttoria della pratica.

8. Trasferimento dei dati personali a Paesi extra UE

I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione europea.

9. Periodo di conservazione

I suoi dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessati, anche con riferimento ai dati che Lei fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

10. I suoi diritti

Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto:

- di accesso ai dati personali;
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- di opporsi al trattamento;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

11. Conferimento dei dati

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo, ma necessario per le finalità sopra indicate. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di procedere all'istruttoria da Lei richiesta.



IMPORTANTE: Qualora la firma non sia apposta in presenza dell'Addetto alla ricezione è obbligatorio allegare copia di documento d'identità in corso di validità.

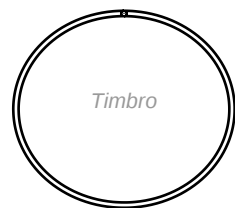
6 • FIRMA - Apponga la sua firma quale sottoscrittore del presente modello

Data di compilazione ____/____/____

Luogo _____

(Firma per esteso del sottoscrittore)

7 • COMPILAZIONE A CURA DELL'ADDETTO ALLA RICEZIONE



Attesto che, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la presente è sottoscritta dall'interessato in presenza del pubblico ufficiale ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

(Firma e timbro Addetto ricezione)

8 • MODALITA' DI PRESENTAZIONE - Come e dove consegnare questo modello

IL PRESENTE MODELLO PUO' ESSERE:

	Presentato presso gli Uffici della Struttura Operativa Non Autosufficienza del DUC (ingresso dipendenti) - L.go Torello de Strada, 11/a - Parma
@	Inviato a mezzo mail all'indirizzo di Allegrì Stefania s.allegrì@comune.parma.it tel. 0521/031999
	Inviato a mezzo posta ¹ all'indirizzo: Struttura Operativa Non Autosufficienza - Comune di Parma - L.go Torello de Strada, 11/a - 43121 Parma

PER AVERE INFORMAZIONI E CHIARIMENTI - A volte basta un click...

Per avere informazioni sui servizi del Comune di Parma chiama il nostro Contact Center al numero  **052140521**, (lunedì e giovedì dalle 8,15 alle 17.30 orario continuato, martedì, mercoledì, venerdì e sabato dalle 8.15 alle 13.30), oppure visita il nostro sito all'indirizzo www.comune.parma.it

052140521

9 • DELEGA - Da compilare qualora il sottoscrittore desideri delegare altra persona alla consegna del modello

Il/la _____ sottoscritto/a _____ DELEGA il/la _____ Sig./ra _____
_____, nato/a _____ a _____ il _____
_____/_____/_____ alla consegna dello stesso, **il quale dovrà portare con sé, oltre la delega, copia di un documento di riconoscimento.**

Luogo e data di compilazione ____/____/____

Firma del delegante

¹ Per avere certezza dell'avvenuta consegna è consigliata la spedizione tramite posta raccomandata con ricevuta di ritorno; per la data di spedizione fa fede il timbro postale.