

SCHEDA DI RILEVAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE

Legge regionale N. 6/89 - Eliminazione barriere architettoniche indagine conoscitiva (art.18) -

Il sottoscritto _____

assegnatario di un alloggio di proprietà dell' ALER BG LC SO, sito in
 _____ Via

Telefono n° _____

DICHIARA

1) Che i seguenti componenti del nucleo familiare sono affetti da difficoltà motoria, sensoriale e/o psichica.

NOME

TIPO DI HANDICAP

2) che gli impedimenti fisici sopra descritti comportano i seguenti disagi riscontrabili negli spostamenti o nell'uso di servizi nel proprio alloggio o nelle parti comuni dell'edificio:

3) di essere disposto, in caso di impossibilità di modifiche congrue alle necessità richieste, ad effettuare un cambio di alloggio in posizione più idonea al superamento degli impedimenti e disagi descritti:

SI ()

NO ()

Al proposito l'interessato esprime il suo parere in merito alla possibile soluzione per il superamento delle barriere architettoniche riscontrate:

Luogo e data, _____

In fede

N.B. (Da restituire all'ALER, unitamente a certificato medico o di invalidità solo se il nucleo familiare è interessato).