



**Comune di Medicina**  
SERVIZIO LL.PP. URBANISTICA ED EDILIZIA  
tel. 051 6979208; fax. 051 6979222  
ediliziaprivata@comune.medicina.bo.it

Al Responsabile dei  
SERVIZIO LL.PP. URBANISTICA ED EDILIZIA

**ALLEGATO 2 - RICHIESTA DI CONTRIBUTI**  
**“BANDO PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI COMUNALI PER IL RECUPERO DELLE PAVIMENTAZIONI DEI PORTICI NEL CENTRO STORICO DI MEDICINA”.**

(ai sensi della delibera di G.M .. n°72 del 18/05/2021)

Il sottoscritto<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

avente titolo alla richiesta in qualità di

- a) proprietario del portico/marciapiede per il quale si chiede il contributo.  
(Nel caso di un condominio) amministratore di condominio con allegata la delibera di assenso dall'assemblea condominiale.
- b) gestore di un locale posto al piano terra del fabbricato, con affaccio sul portico per il quale si chiede il contributo, con autorizzazione della proprietà del portico (sia esso proprietario singolo, gruppo di proprietari o condominio).
- c) rappresentante nominato con apposito atto da un gruppo di proprietari e/o gestori di attività poste al piano terra del portico, con allegata autorizzazione della proprietà del portico (sia esso proprietario singolo, gruppo di proprietari o condominio).

per eseguire gli interventi di recupero delle pavimentazioni del portico sito a Medicina in

VIA \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Identificato catastalmente al FOGLIO \_\_\_\_\_, MAPPALE \_\_\_\_\_

---

Per **luogo omogeneo** si intende un portico unitario o un marciapiede che risulti uniforme per caratteristiche dimensionali e architettoniche.

Verificato che il progetto, allegato alla domanda di partecipazione al Bando presentata in data \_\_\_\_\_ prot. N. \_\_\_\_\_, è stato ammesso al contributo con Determina del Responsabile del Procedimento.

Considerato che i lavori previsti dal progetto sono iniziati in data \_\_\_\_\_, previa presentazione di Comunicazione inizio lavori asseverata (C.I.L.A.) / Segnalazione certificata di inizio attività (S.C.I.A.), presentata in data \_\_\_\_\_ prot. N. \_\_\_\_\_

Che i lavori sono stati conclusi in data \_\_\_\_\_, come asseverato con C.I.L.A. di fine lavori/Segnalazione Certificata di Conformità Edilizia e Agibilità (S.C.C.E.A) presentata in data \_\_\_\_\_ prot. N. \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

Il contributo per il finanziamento degli interventi eseguiti, come stabilito con Determina del Responsabile del Procedimento.

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

Il trattamento dei dati personali viene effettuato dal Comune di Medicina per lo svolgimento di funzioni istituzionali. I dati personali saranno raccolti, registrati, organizzati e conservati per le finalità di gestione della procedura e saranno trattati, sia mediante supporto cartaceo che informatico, per le finalità relative allo specifico procedimento secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è il Comune di Medicina, con sede in Medicina, Via Libertà 103 40059 (BO)

Responsabile della protezione dei dati la società LepidaSpA dpo-team@lepada.it

I 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. 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.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole della veridicità di quanto riportato assumendosene la totale responsabilità. La presente dichiarazione ha valore di autocertificazione e di consenso al trattamento dei dati personali (Regolamento europeo n. 679/2016), limitatamente al presente procedimento e/o ad eventuali altri a questo collegati.

**Luogo.....Data.....**

**Il Richiedente**

\_\_\_\_\_

## Il Direttore dei Lavori

---

### ALLEGATI:

- carta di identità del richiedente/i e del Direttore dei Lavori
- marca da bollo di € 16,00 annullata
- fatture dimostranti la spesa sostenuta per l'intervento oggetto del bando