

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (ART. 47 D.P.R.  
445/2000)**

(da allegare alla domanda di contributo per l'eliminazione ed il superamento delle barriere architettoniche ai sensi della L. 13/89)

Il/La sottoscritto/a:

DATI DEL RICHIEDENTE				
COGNOME				
NOME				
LUOGO DI NASCITA				PROV.
DATA DI NASCITA		CODICE FISCALE		
INDIRIZZO				N°
COMUNE			CAP	PROV.
TELEFONO		CELLULARE		
EMAIL				
PEC				

residente a:

COMUNE		CAP	PROV.	
Via				
Piazza				
Numero civico				
Piano				
Interno				

esercente la potestà o la tutela sul/sulla signor/signora:

(compilare SOLO qualora la domanda non sia sottoscritta dal portatore di disabilità)

COGNOME				
NOME				
LUOGO DI NASCITA				PROV.
DATA DI NASCITA		CODICE FISCALE		

consapevole del fatto che, in caso di dichiarazione mendace, saranno applicate nei propri riguardi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti,

**DICHIARA**

- Che nell'immobile in cui si vuole intervenire
- Coincide con quello di residenza anagrafica del richiedente (portatore di disabilità)
- È ubicato in:

Via	
Piazza	
Numero civico	
Piano	
Interno	

(ai sensi dell'art. 7 del bando, il richiedente deve trasferire la residenza nell'immobile oggetto dell'intervento entro sei mesi dall'ultimazione dei lavori)

• che nell'immobile in cui si vuole intervenire esistono le seguenti barriere architettoniche:	
• Che dette barriere comportano al portatore di handicap le seguenti difficoltà:	
• Che, al fine di rimuovere tali ostacoli, intende realizzare la/le seguente/i opera/e:	
• Che tali opere non sono esistenti o in corso di esecuzione;	
• Che il valore ISEE per l'anno _____ è pari a € _____	
• Che il numero dei disabili <u>al 100%</u> con difficoltà alla deambulazione che usufruiscono dei benefici dell'intervento è pari a _____	
• Che il numero dei disabili ( <u>non al 100%</u> ) con difficoltà alla deambulazione che usufruiscono dei benefici dell'intervento è pari a _____	
• Che per la realizzazione di tali opere:	
<input type="checkbox"/> non è stato concesso altro contributo;	
<input type="checkbox"/> è stato concesso altro contributo (es.: INAIL, Bonus edilizi statali), per un importo pari a € _____;	
<input type="checkbox"/> è stato concesso altro contributo (es.: INAIL, Bonus edilizi statali), per un importo pari a € _____	

Che per lo stesso alloggio/immobile ha beneficiato di contributi ai sensi della L 13/89:

Anno	Descrizione Lavori	Importo Fatturato	Contributo ricevuto

Dichiarante (firma leggibile e per esteso)	Data

N.B. La Dichiarazione, qualora non firmata digitalmente, deve essere accompagnata dalla fotocopia del documento di identità del firmatario