

**In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale****Dichiarazione sostitutiva di atto notorio per eliminazione di barriere architettoniche****Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☒ che nell'immobile per il quale si è chiesto il contributo esistono le seguenti barriere architettoniche

Descrizione barriere architettoniche

- ☒ che le barriere architettoniche di cui sopra comportano le seguenti difficoltà

Descrizione difficoltà

- ☒ che al fine di rimuovere tali ostacoli intende realizzare le seguenti opere

Descrizione opere

- ☒ che tali opere non sono esistenti o in corso di esecuzione

☒ che per la realizzazione di tali opere

☐ non gli è stato concesso altro contributo

☐ gli è stato concesso altro contributo (ad esempio INAIL, ecc.) il cui importo, cumulato a quello richiesto ai sensi della Legge 09/07/1989, n. 13, pari a

Importo

€

☐ che per lo stesso alloggio immobile ha beneficiato di contributi ai sensi della Legge 09/07/1989, n. 13

Anno	Descrizione lavori	Importo fatturato	Contributo ricevuto
		€	
		€	
		€	

☒ che l'immobile su cui si vuole intervenire:

☐ coincide con la residenza anagrafica del richiedente portatore di condizione di disabilità

☐ che la residenza verrà trasferita nell'immobile oggetto dell'intervento entro sei mesi dall'ultimazione dei lavori

☒ di essere in possesso del seguente ISEE

Importo

€

Data di rilascio

Data di scadenza

☒ che il numero di persone con disabilità al 100% che usufruiscono dei benefici dell'intervento sono

Numero di persone con disabilità al 100%

☒ che il numero di persone con disabilità non al 100% che usufruiscono dei benefici dell'intervento sono

Numero di persone con disabilità non al 100%

Luogo

Data

il dichiarante