In allegato alla dichiarazione di

Codice fiscale

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (modulo D)

Il sottoscritto committente dei lavori

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 la domanda si riferisce all'immobile

- ○ adibito a residenza della persona con disabilità
- ○ per il quale la persona con disabilità ha già fatto richiesta di trasferimento della propria residenza o si impegna a trasferirla entro un anno dalla domanda

☑ che l'immobile costruito dopo l'11 agosto 1989 è

la proprietà dell'alloggio non può essere pubblica (ad esempio Comune, ALER, ecc.)

☐ di proprietà privata di

(qualora trattasi di intervento su alloggio)

Proprietario

☐ di proprietà di

(qualora trattasi di intervento su parti comuni)

Proprietario

○	che gli interventi per il superamento delle barriere architettoniche - oggetto della domanda sono conformi all'articolo 8 del Decreto ministeriale 14/06/1989, n. 236 e ricadono nelle seguenti categorie *(specificare a quale punto dell'articolo 8 del Decreto ministeriale 14/06/1989, n. 236 si riferisce l'intervento)*

Categorie delle opere da realizzare

○	che tali interventi riguardano soluzioni tecniche per il superamento delle barriere architettoniche localizzative a favore dei non vedenti/udenti

☑ che tali opere non sono esistenti o in corso di esecuzione

☑ che per la realizzazione di tale intervento

○	è stato concesso altro contributo (ad esempio INAIL, ecc.)

Tipo di contributo	**Importo del contributo**
	€

○	non è stato concesso altro contributo (ad esempio INAIL, ecc.)

☑ che precedentemente

○	non ha beneficiato di altri contributi sullo stesso immobile/alloggio ai sensi della Legge 09/01/1989, n. 13
○	ha beneficiato di altri contributi sullo stesso immobile/alloggio ai sensi della Legge 09/01/1989, n. 13

Tipologia di lavori	**Anno**	**Importo ricevuto**
		€
		€
		€
		€

Luogo	Data	il dichiarante
Santarcangelo di Romagna		