



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	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		€	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		€	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		€	

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%

Berchidda

Luogo

Data

il dichiarante