

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
				☐	
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
<i>la proprietà dell'alloggio non può essere pubblica (ad esempio Comune, ALER, ecc.)</i>	
☐	di proprietà privata di
	<i>(qualora trattasi di intervento su alloggio)</i>
	Proprietario
☐	di proprietà di
	<i>(qualora trattasi di intervento su parti comuni)</i>
	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
		€
		€
		€
		€

Samarate		
Luogo	Data	il dichiarante