

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	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	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**

€

€

€

€

Livigno

Luogo

Data

il dichiarante