



In allegato alla dichiarazione di  
Codice fiscale

## Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (modulo D)

### Il sottoscritto

|                      |                      |                      |                      |                               |                              |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale                |                              |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                              |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita     |                      | Cittadinanza                  |                              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                              |
| Residenza            |                      |                      |                      |                               |                              |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato                       | Scala                        |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/>         |
|                      |                      |                      |                      |                               | Piano                        |
|                      |                      |                      |                      |                               | SNC <input type="checkbox"/> |
|                      |                      |                      |                      |                               | CAP                          |
|                      |                      |                      |                      |                               |                              |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria   |                              |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                              |
|                      |                      |                      |                      | Posta elettronica certificata |                              |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          |                              |

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

|                                                                                             |                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                         | che la domanda si riferisce all'immobile                                                                                                        |
| <input type="radio"/>                                                                       | adibito a residenza del disabile                                                                                                                |
| <input type="radio"/>                                                                       | per il quale il disabile ha già fatto richiesta di trasferimento della propria residenza o si impegna a trasferirla entro un anno dalla domanda |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                         | 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> |                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                    | di proprietà privata di                                                                                                                         |
| <i>(qualora trattasi di intervento su alloggio)</i>                                         |                                                                                                                                                 |
| Proprietario                                                                                |                                                                                                                                                 |
| <input type="text"/>                                                                        |                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                    | di proprietà di                                                                                                                                 |
| <i>(qualora trattasi di intervento su parti comuni)</i>                                     |                                                                                                                                                 |
| Proprietario                                                                                |                                                                                                                                                 |
| <input type="text"/>                                                                        |                                                                                                                                                 |

- ☐ 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 |
|---------------------|------|------------------|
|                     |      | €                |
|                     |      | €                |
|                     |      | €                |
|                     |      | €                |

Sesto Calende

Luogo

Data

Il dichiarante