

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. 196/2003

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (art. 48 D.P.R. n. 445/2000)

la/il sottoscritta/o C. F.

(vedi note *) richiedente il contributo regionale ai sensi dell'art. 2 del Regolamento di attuazione della L.R. 47/1991

Ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- che nell'immobile oggetto dell'intervento è residente (o vi assumerà la residenza entro tre mesi dal momento della comunicazione del Comune dell'ammissione al contributo quale beneficiario)

nato/a il a

Prov.

- che lo/la stesso/a è stata/o riconosciuta/o dalla autorità competente:

| | | |
|----|--------------------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> | Persona non deambulante con disabilità totale |
| 2. | <input type="checkbox"/> | Persona con menomazione o limitazione permanente di tipo fisico o sensoriale o cognitivo |
| | 2.a | <input type="checkbox"/> Disabilità grave |
| | 2.b | <input type="checkbox"/> Disabilità completa |

• che l'immobile è sito in via/piazza
n. piano interno telefono

- che vi sono presenti le seguenti barriere architettoniche:

le quali comportano al/alla disabile le seguenti difficoltà:

- che, al fine di rimuovere tali ostacoli, intende realizzare i seguenti interventi (riferimento: Descrizione degli interventi): (12)

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Categori a 1. | 1. 1 | <input type="checkbox"/> | 1. 2 | <input type="checkbox"/> | 1. 3 | <input type="checkbox"/> | 1. 4 | <input type="checkbox"/> | 1. 5 | <input type="checkbox"/> | 1. 6 | <input type="checkbox"/> | 1. 7 | <input type="checkbox"/> | | |
| Categori a 2. | 2. 1 | <input type="checkbox"/> | 2. 2 | <input type="checkbox"/> | 2. 3 | <input type="checkbox"/> | 2. 4 | <input type="checkbox"/> | 2. 5 | <input type="checkbox"/> | 2. 6 | <input type="checkbox"/> | 2. 7 | <input type="checkbox"/> | 2. 8 | <input type="checkbox"/> |
| Categori a 3. | 3. 1 | <input type="checkbox"/> | 3. 2 | <input type="checkbox"/> | 3. 3 | <input type="checkbox"/> | 3. 4 | <input type="checkbox"/> | 3. 5 | <input type="checkbox"/> | 3. 6 | <input type="checkbox"/> | 3. 7 | <input type="checkbox"/> | | |

- che tali interventi non sono stati eseguiti né sono in corso di opera e che le attrezzature non sono state acquistate
- che avente diritto al contributo,⁽¹³⁾ in quanto onerato della spesa per la realizzazione degli interventi, è:

a. la/il sottoscritta/o richiedente:

| | | |
|--------------------------------|---|-------------------------------|
| b. <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | C.F. <input type="text"/> re <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | la/il Sig.ra/e <input type="text"/> | nata/o a <input type="text"/> |
| | il <input type="text"/> | idente a <input type="text"/> |
| | via/piazza <input type="text"/> | cap. <input type="text"/> |

| | | |
|----------------|------------------------------|---|
| in qualità di: | b.1 <input type="checkbox"/> | Esercente la tutela, la potestà ovvero l'amministrazione di sostegno nei confronti della persona disabile |
| | b.2 <input type="checkbox"/> | Proprietario |
| | b.3 <input type="checkbox"/> | Amministratore del condominio |
| | b.4 <input type="checkbox"/> | Altro (allegare opportuna documentazione) |

- di essere a conoscenza che il contributo regionale sarà erogato dal Comune solamente **dopo l'esecuzione delle opere edilizie e/o dopo l'acquisto e l'installazione delle attrezzature**, sulla base della documentazione attestante le spese (fatture quietanzate), presentate allo Sportello Unico per l'Edilizia.

| | |
|---|--|
| la/il richiedente (firma) | l'avente diritto al contributo ⁽¹⁴⁾ (firma) |
|---|--|

Il/la sottoscritto/a **in qualità di proprietario/a dell'immobile sopra citato, autorizza l'esecuzione dei lavori di cui alla presente domanda.**

a fronte di quanto sopra

(data) _____

(firma) _____