



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                         | Piano                | SNC <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/>         |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                      |                              |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <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

☒ che la domanda si riferisce all'immobile

☐ adibito a residenza del disabile

☐ per il quale il disabile 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 |
|---------------------|------|------------------|
|                     |      | €                |
|                     |      | €                |
|                     |      | €                |
|                     |      | €                |

Meda

Luogo

Data

Il dichiarante