

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(da rendere a cura del disabile)

Il/L_ sottoscritt.....nat_..a

.....il.....residente a.....

.....in via/piazza.....n.....

- In applicazione della legge 9 gennaio 1989, n.13 recante “Disposizioni per favorire il superamento e l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati”;
- In applicazione dell’art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445;
- Consapevole della responsabilità penale, cui può andare incontro, in caso di dichiarazione mendace, ai sensi degli articoli 48 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

DICHIARA

- Che nell’immobile, in cui ha la propria residenza abituale, sito in.....
in via/piazza.....n.....piano.....,interno.....
esistono le seguenti barriere architettoniche:

- Che le suddette barriere architettoniche comportano le seguenti difficoltà:

- Che, al fine di rimuovere tali ostacoli, ha chiesto di realizzare/acquistare le/i seguenti opere/beni:

- Che gli interventi/beni sopra descritti e per i quali chiede il contributo non sono stati realizzati/acquistati né sono in corso di esecuzione/installazione;

- Che per gli interventi/beni di cui sopra (contrassegnare con x le voci che interessano):

non è già stato concesso alcun altro contributo;

è già stato concesso un contributo di €.....da parte di.....

.....(indicare ente erogatore) il cui importo, cumulato con quello richiesto ai sensi della Legge n.13/1989, non supera la spesa totale preventivata per l’intervento;

è stato richiesto un contributo di €.....ai sensi (indicare gli estremi della norma).....a.....(indicare ente competente).

Ai sensi dell’art.38, comma 3, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, alla presente autocertificazione viene allegata fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

_____, li _____

Il Dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART.47 T.U. – D.P.R. 28/12/2000 N.445)

Il/L sottoscritto/a _____

(cognome)

(nome)

nat..a _____ () _il _____

(comune di nascita)

(prov)

residente a _____ () _in _____

(comune di residenza)

(prov)

(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 28/12/2000 n.445

DICHIARA

Che la fotocopia del verbale di portatore di handicap rilasciato dalla ASP n.di.....in data.....è
copia conforme all'originale in proprio possesso.

(luogo e data)

Il Dichiarante

(Allegare alla presente fotocopia documento di identità)

Si certifica che il/la sig./sig.ra _____ nato/nata a

_____ il _____ soffre delle seguenti patologie:

a. _____;

b. _____;

c. _____;

d. _____;

e. _____;

f. _____;

Si certifica inoltre che le suddette patologie comportano un handicap che si concretizza in una menomazione o limitazione funzionale permanente dalla quale deriva per il predetto paziente una obiettiva difficoltà (ovvero impossibilità) alla deambulazione.

(luogo e data)

(timbro e firma del medico)

Dichiarazione da inserire nel certificato in carta libera intestata redatto e sottoscritto da qualsiasi medico