

In allegato alla dichiarazione di

Codice fiscale



## Autocertificazione

*(da rendere a cura del disabile)*

### 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                     | Interno              | Scala                         | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/>          |                      |                          |                      |

- ☒ in applicazione della Legge 09/01/1989, n. 13 recante "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati"
- ☒ applicazione dell'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica. 28/12/2000 n. 445
- ☒ consapevole della responsabilità penale, cui può andare incontro, in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'articolo 47 e dell'articolo 48 del Decreto del Presidente della Repubblica. 28/12/2000 n. 445

### DICHIARA

- ☒ che nell'immobile, in cui ha la propria residenza abituale, sito in

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato              | Scala                | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

- ☒ esistono le seguenti barriere architettoniche

Barriere architettoniche esistenti

- ☒ che le suddette barriere architettoniche comportano le seguenti difficoltà

Difficoltà legate alla presenza delle barriere architettoniche esistenti

- ☒ che, al fine di rimuovere tali ostacoli, ha chiesto di realizzare o acquistare le/i seguenti opere/beni

Opere o 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

- ☐ è già stato concesso alcun altro contributo
- ☐ è già stato concesso un contributo il cui importo, cumulato con quello richiesto ai sensi della Legge 09/01/1989, n. 13 , non supera la spesa totale preventivata per l'intervento

Importo contributo

€

Ente erogatore

- ☐ è stato richiesto un contributo

Importo contributo

€

Estremi della norma

Ente competente

Paternò

Luogo

Data

il dichiarante