

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (ART. 47 D.P.R. 445/2000)

da allegare alla domanda di contributo per l'eliminazione ed il superamento delle barriere architettoniche ai sensi della L. 13/89

Il/la sottoscritto/a _____ Codice
Fiscale _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n° _____, piano _____,
interno _____, n.tel. _____ e-mail _____

[esercente la potestà o la tutela sul signor: Nome _____ Cognome _____
nato a _____ il _____ CF _____] *da compilare qualora la domanda
non è sottoscritta dal Richiedente*

consapevole del fatto che, in caso di dichiarazione mendace, saranno applicate nei propri riguardi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti,

DICHIARA

- Che nell'immobile in cui si vuole intervenire
 - ☐ Coincide con quello di residenza anagrafica del richiedente (portatore di disabilità)
 - ☐ È ubicato in via/piazza n° , piano; interno.....
(ai sensi dell'art. 7 del bando, il richiedente deve trasferire la residenza nell'immobile oggetto dell'intervento entro sei mesi dall'ultimazione dei lavori)
- che nell'immobile in cui si vuole intervenire esistono le seguenti barriere architettoniche:

_____;
- Che dette barriere comportano al portatore di handicap le seguenti difficoltà:

_____;
- Che, al fine di rimuovere tali ostacoli, intende realizzare la/le seguente/i opera/e:

_____;
- Che tali opere non sono esistenti o in corso di esecuzione;
- Che il valore ISEE per l'anno **2026** è pari a € _____;

- Che il numero dei disabili **al 100%** con difficoltà alla deambulazione che usufruiscono dei benefici dell'intervento è pari a _____;
- Che il numero dei disabili **non al 100%** con difficoltà alla deambulazione che usufruiscono dei benefici dell'intervento è pari a _____;
- Che per la realizzazione di tali opere:
 - ☐ non è stato concesso altro contributo;
 - ☐ è stato concesso altro contributo (es.: INAIL, Bonus edilizi statali), per un importo pari a € _____;
- Che per lo stesso alloggio/immobile ha beneficiato di contributi ai sensi della L 13/89:

Annualità	Descrizione Lavori	Importo Fatturato	Contributo ricevuto

- Che il **conto corrente dedicato, anche in via non esclusiva**, sul quale dovranno essere disposti i pagamenti da Voi effettuati è il seguente:

☐ Banca: _____

☐ Poste Italiane SPA

Agenzia/Filiale: _____

Intestato/cointestato a:

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	N° CONTO
2 car	2 num.	1 car	5 numeri	5 numeri	12 numeri

impegnandosi a comunicare tempestivamente e comunque non oltre sette giorni dall'evento qualsiasi variazione intervenuta sui dati sopra indicati, esonerando l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità in merito.

Dichiarante

(firma leggibile e per esteso)

Data

____/____/____

N.B. La Dichiarazione, qualora non firmata digitalmente, deve essere accompagnata dalla fotocopia del documento di identità del firmatario.