

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

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 |
| <i>(la proprietà dell'alloggio non può essere pubblica (ad esempio Comune, ALER, ecc.)</i> | |
| ☐ | di proprietà privata di |
| <i>(qualora trattasi di intervento su alloggio)</i> | |
| Proprietario | |
| ☐ | di proprietà di |
| <i>(qualora trattasi di intervento su parti comuni)</i> | |
| 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
		€
		€
		€
		€

Luogo	Data	Il dichiarante