



In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

Il sottoscritto avente diritto/portatore di handicap

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

- di essere portatore di handicap riconosciuto ai sensi dell'articolo 1, comma 1 della Legge 05/02/1992, n. 104, essendo stato visitato dalla commissione presso l'ASL come previsto dall'articolo 1 della Legge 15/10/1990, n. 295

Data visita

ASL presso la quale è stata effettuata la visita

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Portatore di handicap

- con carattere di permanenza con carattere di permanenza in situazione di gravità

- di essere portatore di menomazioni o limitazioni funzionali permanenti, essendo stato visitato dalla commissione presso l'ASL o altra analoga commissione come previsto dalla Legge del 15/10/1990, art. 1, n. 295

Data visita

ASL presso la quale è stata effettuata la visita

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Giudizio finale

<input type="text"/>

pertanto allega una copia del modello che riporti il grado di inabilità

- di aver ottenuto, da parte della predetta commissione, l'indennità di accompagnamento in quanto persona non deambulante

che nell'immobile da lui abitato esistono le seguenti barriere architettoniche

Barriere architettoniche

<input type="text"/>

Le quali comportano le seguenti difficoltà

<input type="text"/>

che al fine di rimuovere o superare tali ostacoli

si intendono realizzare le seguenti opere

Opere da realizzare

si intende trasferire la propria residenza in un altro alloggio accessibile situato in

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

che per la realizzazione di queste opere

gli è stato concesso un altro contributo

Contributo ricevuto

non gli è stato concesso un altro contributo

DICHIARA INOLTRE

- che tali opere non sono iniziate e che il trasferimento non è intervenuto anteriormente al 1 ottobre dell'anno scorso
- che l'edificio nel quale si intendono eseguire le opere di eliminazione delle barriere architettoniche, non è stato realizzato successivamente all'11 agosto 1989, fatta salva la presenza del "progetto di adattabilità" redatto ai sensi dell'articolo 6 del Decreto Ministeriale 14/06/1989, n. 236
- che nei tre anni precedenti non ha ottenuto contributi regionali finalizzati al superamento delle barriere architettoniche
- di possedere il seguente ISEE

Importo ISEE

€

Data di rilascio

Data fine validità

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

altri allegati

Ceriale

Luogo

Data

il dichiarante