|  |  |
| --- | --- |
|  | COMUNE DI SOLEMINISPROVINCIA DEL SUD SARDEGNAVIA CHIESA, 18 C.A.P. 09040 TEL. 070 7499011 – 070 7499025C.F. 80005100922 - P.I. 01430300929e-mail: sociale@comune.soleminis.su.it – PEC: [protocollo.soleminis@pec.comunas.it](file:///%5C%5Csrv-dc%5Cdati_privati%5CServiziSociali%5Cprivata%5CCARTA%20INTESTATA%5Cprotocollo.soleminis%40pec.comunas.it%20)  Sito internet: [www.comune.soleminis.su.it](file:///%5C%5Csrv-dc%5Cdati_privati%5CServiziSociali%5Cprivata%5CCARTA%20INTESTATA%5Cwww.comune.soleminis.su.it) |

SERVIZIO AFFARI GENERALI

Ufficio di Servizio Sociale

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…………

[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 l’immobile per cui si richiede il contributo è:

 *(Indicare obbligatoriamente una delle seguenti opzioni)*

* **Ante 1989** ovvero edificio il cui progetto è stato presentato entro la data dell’11 agosto 1989
* **Post 1989** ovvero edificio il cuiprogetto è stato presentato successivamente alla data dell'11 agosto 1989
* 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 \_\_\_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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anno | Descrizione Lavori | Importo Fatturato | Contributo ricevuto |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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