



# COMUNE DI VILLAPERUCCIO

PROVINCIA DEL SUD SARDEGNA

P.zza IV° Novembre, n. 1 – Cap.09010 Tel. 0781.950046

mail pec: [protocollo@pec.comune.villaperuccio.ci.it](mailto:protocollo@pec.comune.villaperuccio.ci.it)

e.mail: [segreteria@comune.villaperuccio.ci.it](mailto:segreteria@comune.villaperuccio.ci.it)

## 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.....

[esercitante 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 \_\_\_\_\_ 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

Data \_\_\_\_\_

Dichiarante

(firma leggibile e per esteso)

\_\_\_\_\_

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