



In allegato alla dichiarazione di  
Codice fiscale

## Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (modulo B)

### Il sottoscritto

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

- ☒ 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 nell'immobile da lui/lei abitato, esistente alla data dell'11 agosto 1989

*L'edificio è da intendersi esistente qualora la relativa concessione edilizia esista alla data dell'11 agosto 1989.*

|                          |                                                        |
|--------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | di proprietà privata di                                |
|                          | <i>Qualora trattasi di intervento su alloggio.</i>     |
|                          | <b>Proprietario</b>                                    |
|                          | <input type="text"/>                                   |
| <input type="checkbox"/> | di proprietà di                                        |
|                          | <i>Qualora trattasi di intervento su parti comuni.</i> |
|                          | <b>Proprietario</b>                                    |
|                          | <input type="text"/>                                   |

esistono le seguenti barriere architettoniche

**Descrizione delle barriere architettoniche presenti**

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

che comportano al portatore di handicap le seguenti difficoltà

Descrizione delle difficoltà comportate

☒ che al fine di rimuovere tali ostacoli intende realizzare le seguenti opere conformi all'articolo 8 del Decreto Ministeriale 14/06/1989, n. 236

Descrizione delle opere da realizzare

☒ 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 |
|---------------------|------|------------------|
|                     |      | €                |
|                     |      | €                |
|                     |      | €                |
|                     |      | €                |

Bergamo

Luogo

Data

Il dichiarante