



Il sottoscritto committente dei lavori

Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	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 della persona con disabilità
 - ☐ per il quale la persona con disabilità 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

☐ di proprietà privata di
Qualora trattasi di intervento su alloggio.

	Proprietario
☐	di proprietà di <i>Qualora trattasi di intervento su parti comuni.</i>
	Proprietario

esistono le seguenti barriere architettoniche

Descrizione delle barriere architettoniche presenti

che comportano alla persona con disabilità 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
			€
			€
			€
			€

Luogo

Data

il dichiarante