**Allegato C**

(riferito all’articolo 6, comma 3, lettera b)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Ai sensi del DPR 445/2000, artt. 46, 47, 48, 76

Il sottoscritto ………………………………………………………………..nato a ……………...……………. il …………. codice fiscale ……………………...………… residente nel comune di………….…...…….. prov. …….. C.A.P. ………………

via/piazza …………………………………….…………….. n. civico ……………. tel. …………………………………………….

In qualità di

* Persona con disabilità fisica, psichica e/o sensoriale di natura permanente;
* Soggetto esercente la tutela, la potestà, l’amministrazione di sostegno sul Sig. …………………………………………., persona con disabilità fisica, psichica e/o sensoriale di natura permanente;

**DICHIARA**

ai sensi degli articoli 46, 47, 48 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR 445/2000,

1. che il soggetto con disabilità, richiedente il contributo per il superamento/eliminazione delle barriere architettoniche ai sensi dell’art. 16 L.R. 41/1996 relativamente all’immobile sito nel comune di ………………………………. prov. …….C.A.P. ……….. via/piazza ……..……………...…………………… N. civico …… al piano ………….. interno …...… Censito in catasto al Foglio ……………….. Mappale …………….. Sub. …………

è:

* Proprietario
* Affittuario
* Altro (specificare se convivente, comodato o altre forme abitative)………………………………………………

 del suddetto immobile e ivi

* risiede
* si impegna a trasferire la residenza entro dieci mesi dalla comunicazione di concessione del contributo

2. che il soggetto con disabilità, richiedente il contributo:

ο non ha ottenuto, né richiesto altri contributi o benefici fiscali per la realizzazione degli stessi interventi di eliminazione o superamento delle barriere architettoniche per i quali si richiede il contributo;

ο ha ottenuto o richiesto altri contributi o benefici fiscali per la realizzazione degli interventi di eliminazione o superamento delle barriere architettoniche per i quali si richiede il contributo, per un importo pari a

Euro …………………………..

3. che l’intervento per il quale si richiede il contributo riguarda la sostituzione o l’adeguamento del servo scala, della piattaforma elevatrice e/o dell’ascensore, che erano stati precedentemente installati usufruendo dei contributi previsti per il superamento delle barriere architettoniche e che l’usura, la rottura o la sopravvenuta inadeguatezza hanno reso inutilizzabili o non rispondenti alla normativa vigente;

* SI
* NO

4. che il dispositivo per il quale si richiede il contributo non è fornito dal Servizio Sanitario regionale

1. che le opere non sono state ancora eseguite ovvero che le attrezzature non sono state ancora acquistate o installate.

6. che il soggetto con disabilità, richiedente il contributo è in possesso di un’attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare di cui fa parte rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da cui risulta un indicatore ISEE pari a Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL DICHIARANTE (firma)

……………………………………………………………………………..

(Luogo e data) ……………………………… li …………………….

Ai sensi dell’art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 , la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all’ufficio competente unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Si informa che ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.