
AMBITO TERRITORIALE DI GAGLIANO DEL CAPO

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel.-fax 0833-798323/548575

COMUNI DI: GAGLIANO DEL CAPO (Capofila) ACQUARICA, ALESSANO, CASTRIGNANO DEL CAPO, CORSANO, MIGGIANO, MONTESANO SALENTINO, MORCIANO DI LEUCA, PATU', PRESICCE, SALVE, SPECCHIA, TIGGIANO, TRICASE, UGENTO, A.S.L.LE –DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI GAGLIANO DEL CAPO

COMUNE DI

Dichiarazione Sostitutiva

___ sottoscritt___ _____, portatore di handicap / tutore
esercente la potestà del _____
(cognome e nome)

nei confronti del portatore di handicap nato a _____ (___) il ___/___/_____,
residente a _____ via/piazza _____, n. ___ Tel.
_____;

- *in applicazione della legge 9.01.1989 n. 13 “Disposizioni per favorire il superamento e l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati”;*
- *in applicazione dell’art. 47 del DPR. 28.12.2000 n. 445;*
- *consapevole della responsabilità penale, cui può andare incontro, in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell’ art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445;*

DICHIARA

- Che nell’immobile da lui abitato esistono le seguenti barriere architettoniche: _____

- Che comportano al portatore di handicap, le seguenti difficoltà di: _____

_____;

- Che al fine di rimuovere tali ostacoli intende realizzare la / le seguenti _____ opere _____

- Che tali opere non sono esistenti o in corso di esecuzione;
 - Che per la realizzazione di tali opere non gli è stato concesso altro contributo

(luogo, data)

Il Dichiarante/richiedente

Ai sensi degli artt. N.38 comma 2 e n.47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 la presente dichiarazione non è soggetta ad autentica della firma se:
-sottoscritta dall'interessato in presenza dell'incaricato che riceve il documento;
-inviata corredata di fotocopia di documento di identità.