

DICHIARAZIONE DA INSERIRE NEL CERTIFICATO IN
CARTA LIBERA INTESTATA REDATTO E SOTTOSCRITTO
DA QUALSIASI MEDICO

Si certifica che il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____ soffre delle
seguenti patologie:

- _____;
- _____;
- _____;

Si certifica inoltre che le suddette patologie comportano un handicap che si concretizza in una
menomazione o limitazione funzionale permanente, dalla quale deriva per il predetto paziente una
obiettiva difficoltà (ovvero impossibilità) alla deambulazione.

(luogo e data)

(timbro e firma del medico)

All.3A Modello di autocertificazione a cura del richiedente disabile – invalidità totale

COMUNE DI _____

Autocertificazione

resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000
(da rendere a cura del disabile)

Il/la sottoscritt _____
nat _____ a _____ il _____ residente a _____
in via/piazza _____ n. _____,

-Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm. e ii.

-in applicazione della legge 9 gennaio 1989, n. 13 recante "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati";

Dichiara

- che nell'immobile, in cui ha la propria residenza abituale, sito in _____
_____, via/piazza _____ n. _____,
piano _____, interno _____ esistono le seguenti barriere architettoniche:

_____;

- che le suddette barriere architettoniche comportano le seguenti difficoltà:

_____;

- che, al fine di rimuovere tali ostacoli, ha chiesto di realizzare/acquistare le/i seguenti opere/beni:

_____;

- che gli interventi/beni sopra descritti e per i quali chiede il contributo non sono stati realizzati/acquistati né sono in corso di esecuzione/installazione;

- che per gli interventi/beni di cui sopra (contrassegnare con X le voci che interessano):

☐ non è già stato concesso alcun altro contributo;

☐ è già stato concesso un contributo di € _____ da parte
di _____ (indicare ente erogatore e normativa) il cui importo, cumulato con quello richiesto ai
sensi della legge n. 13/89, non supera la spesa totale preventivata per l'intervento;

☐ è stato richiesto un contributo di € _____ ai sensi _____ (indicare
gli estremi della norma) a _____ (indicare
ente competente);

- di essere invalido totale con difficoltà di deambulazione come da certificazione rilasciata dalla competente A.S.P.

Dichiara infine ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento 2016/679 (GDPR) e del Decreto legislativo n. 196/2013 e ss.mm. e ii. di essere consapevole che i suddetti dati saranno utilizzati ai soli fini degli adempimenti di legge.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, alla presente autocertificazione viene allegata fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

_____, li _____

Il dichiarante

All.4A Modello di autocertificazione a cura del richiedente curatore o tutore del disabile - invalidità totale

COMUNE DI _____

Autocertificazione
resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000
(da rendere a cura del tutore o curatore)

Il/la sottoscritt _____ nat _____ a _____
il _____ residente a _____ in via/piazza _____
sig./sig.ra _____ nat _____ a _____ nella qualità di tutore/curatore del disabile
il _____ che risiede a _____ in via/piazza _____
n. _____

-Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm. e ii.
-in applicazione della legge 9 gennaio 1989, n. 13 recante "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati";

Dichiara

- che nell'immobile, in cui il disabile sopra generalizzato ha la propria residenza abituale, sito in _____, via/piazza _____ n. _____, piano _____, interno _____ esistono le seguenti barriere architettoniche:

_____;

- che le suddette barriere architettoniche comportano al disabile le seguenti difficoltà:

_____;

- che, al fine di rimuovere tali ostacoli, ha chiesto di realizzare/acquistare le/i seguenti opere/beni:

_____;

- che gli interventi/beni sopra descritti e per i quali chiede il contributo non sono stati realizzati/acquistati né sono in corso di esecuzione/installazione;

- che per gli interventi/beni di cui sopra (contrassegnare con X le voci che interessano):

[] non è già stato concesso alcun altro contributo;

[] è già stato concesso un contributo di € _____ da parte di _____ (indicare ente erogatore e normativa) il cui importo, cumulato con quello richiesto ai sensi della legge n. 13/89, non supera la spesa totale preventivata per l'intervento;

[] è stato richiesto un contributo di € _____ ai sensi _____ (indicare gli estremi della norma) a _____ (indicare ente competente);

- che il disabile sopra generalizzato è invalido totale con difficoltà di deambulazione come da certificazione rilasciata dalla competente A.S.P.

Dichiara infine ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento 2016/679 (GDPR) e del Decreto legislativo n. 196/2013 e ss.mm. e ii. di essere consapevole che i suddetti dati saranno utilizzati ai soli fini degli adempimenti di legge.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, alla presente autocertificazione viene allegata fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

_____, li _____

Il dichiarante _____