

Al Comune di _____



Oggetto: Contributo abbattimento Barriere Architettoniche

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____

SOCIETA' della SALUTE
Zona Fiorentina Nord Ovest

in seguito alla comunicazione relativa alla concessione del contributo a me effettivamente spettante, per le opere di abbattimento delle barriere architettoniche realizzate nell'immobile sito in Via _____ del Comune di _____ consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

- che i lavori di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche alla domanda Prot. gen. _____ del _____ sono stati conclusi in data _____
- che le fatture originali o le relative copie conformi, allegate alla presente richiesta, corrispondono ai reali lavori eseguiti.

ALLEGATI:

- Fatture originali o copie conformi delle fatture. (specificare il n° di fattura e data) _____
- Fotocopia in carta semplice documento di riconoscimento (qualora la richiesta sia inoltrata a mezzo posta o non sia sottoscritta dall'interessato in presenza dell'impiegato addetto).

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n°196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma

La SdS N/O-GASS si riserva di effettuare dei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000)

**GESTIONE ASSOCIATA
SERVIZI SOCIALI**
Via Gramsci, 561
50019 SESTO FIORENTINO
Tel. 055.4498242
Fax 055.4498540
sds.nordovest@asf.toscana.it
www.sds-nordovest.fi.it