



TIMBRO PROTOCOLLO

N. PRATICA _____

UFFICIO EDILIZIA PRIVATA ED URBANISTICA

L.go Donatori di Sangue n.10 – 34070 Fogliano Redipuglia
Tel. 0481-489940 - Fax 0481-488928 – E-mail: edilizia.privata@com-fogliano-redipuglia.regione.fvg.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (art.47 DPR 445/2000)
(resa da un tecnico abilitato ai fini dell'art. 24 della L. 05/02/1992 n. 104, della L. 09/01/1989
n.13 e del Decreto del Min LLPP del 14/06/1989 n. 236 sul superamento ed eliminazione
delle barriere architettoniche).**

Il sottoscritto _____
(cognome) (nome)
nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)
residente a _____ (_____) in _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)
in qualità di _____
con riferimento alla pratica edilizia n. _____ del _____ e successive
varianti del _____ relativa/e all'immobile sito in Fogliano Redipuglia
in Via/ Piazza _____ n. _____

sotto la propria esclusiva responsabilità e consapevole della responsabilità penale conseguente a
dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, ai sensi dell' art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;
consapevole, inoltre, delle conseguenze amministrative in merito alla decadenza dei benefici
eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere;

D I C H I A R A

che la costruzione del fabbricato di cui alla pratica edilizia succitata risulta possedere i requisiti
di:

- adattabilità
- visitabilità
- accessibilità

secondo quanto di pertinenza per l'uso a cui è stata destinata ed in ottemperanza a quanto previsto
dalla L. 09/01/1989 n. 13 e del Decreto del Min LLPP del 14/06/1989 n. 236.

IL DICHIARANTE

(luogo e data)

(timbro e firma)

AVVERTENZE: La presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato alla presenza del dipendente
addetto. Può anche essere inviata a mezzo fax o per posta, ovvero consegnata tramite un incaricato. In tali casi deve
obbligatoriamente essere allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità.

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO IN CASO DI FIRMA APPOSTA DAVANTI AL
DIPENDENTE ADDETTO**

Estremi del documento in corso di validità _____

rilasciato il _____ da _____

IL DIPENDENTE ADDETTO AL SERVIZIO

(luogo e data)

(cognome nome e qualifica)

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informano i dichiaranti che i dati personali forniti con la compilazione del presente modulo saranno utilizzati esclusivamente per l'assolvimento dei compiti istituzionali attribuiti all'Ufficio a cui è indirizzata la richiesta. Ai sensi dell'art. 7 del medesimo D.Lgs., l'interessato potrà esercitare in qualsiasi momento il diritto di accesso ai propri dati personali.