agg.to settembre 2018

AL RESPONSABILE DEL SUE
Sportello Unico per l'Edilizia
DEL COMUNE DI **OLIVETO CITRA**
PROV. DI SALERNO

Oggetto: **RICHIESTA DI ATTESTAZIONE PER IL SUPERAMENTO E L'ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE - D.M. 14-6-1989 n. 236**

DATI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto/a:					
nato/a a		Prov. di			
il					
e residente a		Prov. di			
in Via/Piazza			n.		
Codice Fiscale					

DICHIARA

(barrare la casella che interessa)

di avere titolo alla presentazione della presente richiesta in quanto:

- ☐ proprietario esclusivo
- ☐ titolare di altro diritto reale di godimento

DELL'EDIFICIO AD USO RESIDENZIALE come di seguito identificato

LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

Via/Piazza

	n.	

Località

Censito al N.C.E.U.			**Censito al C.T.**		
Foglio	Particella	Sub.	Foglio	Particella	Are

recapito telefonico per eventuali comunicazioni:

REGOLARITA' URBANISTICA E PRECEDENTI TITOLI EDILIZI

lo stato attuale dell'immobile risulta:

- ☐ pienamente conforme alla documentazione dello stato di fatto legittimato dal seguente titolo edilizio:
  - ☐ Permesso di Costruire

DOMANDA DI ATTESTAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE

agg.to settembre 2018

n.		del	

☐ D.I.A o S.C.I.A.

n.		del	

☐ Altro

(specificare)

n.		del	

C H I E D E

il rilascio di un **CERTIFICATO** attestante la non idoneità dell'edificio di cui sopra al superamento delle barriere architettoniche ai sensi del D.M. n. 236/1989, in favore di:

☐ me medesimo

☐ familiare convivente

affetto da difficoltà a deambulare

RISPETTO DELLA NORMATIVA SULLA PRIVACY

di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali posta al termine del presente modulo

Luogo e data

IL RICHIEDENTE

(per esteso e leggibile)

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ART. 13 del d.lgs. n. 196/2003)

Ai sensi dell'art. 13 del codice in materia di protezione dei dati personali si forniscono le seguenti informazioni:

Finalità del trattamento: I dati personali dichiarati saranno utilizzati dagli uffici nell'abito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Modalità: Il trattamento avverrà sia con strumenti cartacei sia su supporti informatici a disposizione degli uffici.

Ambito di comunicazione: I dati verranno comunicati a terzi ai sensi della l. n. 241/1990, ove applicabile, e in caso di verifiche ai sensi dell'art. 71 del d.P.R. n. 445/2000.

Diritti: Il sottoscrittore può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003 rivolgendo le richieste al SUAP/SUE.

QUADRO RIEPILOGATIVO DELLA DOCUMENTAZIONE quale parte integrante e sostanziale della presente richiesta, si allega la documentazione di seguito indicata:	
Denominazione allegato	**Casi in cui è previsto l'allegato**
Copia del Codice Fiscale del/i richiedente/i	Sempre obbligatorio
Copia della Carta di Identità del/i richiedente/i, in corso di validità	
Copia del titolo di possesso del/i richiedente/i	
Documentazione medica rilasciata dall'ASL competente per territorio, attestante lo stato di salute della persona affetta da gravi patologie	