

AL RESPONSABILE DEL SETTORE  
**EDILIZIA E ATTIVITA' PRODUTTIVE**  
 DEL COMUNE DI **CUTROFIANO**  
 PROV. DI **LECCE**

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 giugno 2017

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:

<b>Denominazione allegato</b>	<b>Casi in cui è previsto l'allegato</b>
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	