

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

Residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in via \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

In qualità di

- destinatario del piano
  - incaricato della tutela
  - titolare patria potestà
  - amministratore di sostegno
- della persona destinataria del piano

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

- che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2019 i seguenti emolumenti:

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| 1. Pensione di invalidità civile   | Importo annuale € _____ |
| 2. Indennità di frequenza  | Importo annuale € _____ |
| 3. Indennità di accompagnamento  | Importo annuale € _____ |
| 4. Assegno sociale   | Importo annuale € _____ |
| 5. Pensioni o indennità INAIL  | Importo annuale € _____ |
| 6. Indennità o pensione per causa di guerra o servizio   | Importo annuale € _____ |
| 7. Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione<br>per particolari categorie di cittadini:         |                         |
| - L.R. n.27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici,<br>degli emofilici e degli emolinfopatici maligni | Importo annuale € _____ |
| - L.R. n. 11/85 – provvidenze a favore dei nefropatici   | Importo annuale € _____ |

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

- L.R. n. 20/97 - Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche Importo annuale € \_\_\_\_\_
- L.R. n. 9/2004 - Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne Importo annuale € \_\_\_\_\_
- 8. Altri contributi da Comuni e Aziende ASL Importo annuale € \_\_\_\_\_
- 9. Altro (specificare) \_\_\_\_\_ Importo annuale € \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Importo annuale € \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Importo annuale € \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Importo annuale € \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela  
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

