

**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 \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) il \_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale:

In qualità di:

- ☐ destinatario del piano
  - o
- ☐ incaricato della tutela
  - o
- ☐ titolare della patria potestà
  - o
- ☐ 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

DICHARA

- che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2020 i seguenti emolumenti:

1-Pensione 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  
per particolari categorie di cittadini:

- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni      Importo    annuale € \_\_\_\_\_

- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	Importo	annuale €

- 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

8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	Importo annuale €
--	-------------------

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

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.