

**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

☐ familiare di riferimento

☐ tutore/ amministratore di sostegno della persona destinataria del piano

☐ titolare della patria potestà

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

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

## DICHARA

- che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 202 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	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 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679, 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.