

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Allegato D)

(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

- Familiare
- 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 dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2023 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 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.

_____ li _____
 (luogo e data)

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela
 o titolare della responsabilità genitoriale o amministratore
 di sostegno
