

**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

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 \_\_\_\_\_ 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 Importo annuale € \_\_\_\_\_

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 € \_\_\_\_\_

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.