

**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  
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 € \_\_\_\_\_

**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.