

**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 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 € _____ |

**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

\_\_\_\_\_

Al 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.