

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

(cognome e nome)

Nato/a a _____

()

il _____

(luogo)

Residente a _____

()

in via _____

(luogo)

(indirizzo)

Codice Fiscale: _____

In qualità di

- ☐ destinatario del piano
☐ familiare curatore del piano
☐ incaricato della tutela
☐ titolare della 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 2025** i seguenti emolumenti:

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1- Pensione Invalidità civile | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 2- Indennità di frequenza | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 3- Indennità di accompagnamento | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 4- Assegno sociale | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 5- Pensioni o indennità INAIL | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 6- Indennità o pensione per causa di guerra o servizio | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 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 € _____

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 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.