

**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 \_\_\_\_\_ ( )  
Residente a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(luogo) \_\_\_\_\_ 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 veritieri, 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:	Importo annuale € _____

- 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.