

**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 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 2019 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 degli emolinfopatici maligni | Importo annuale € _____ |
| - L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei neuropatici  | Importo annuale € _____ |
| - L.R. n. 20/97 – 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 dei 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. 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.