

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 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 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 € _____

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.