# ALLEGATO D

**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 2020 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, | Importo | annuale €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| degli emofilici e degli emolinfopatici maligni |  |  |
| - 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

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.

2/2