

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 2019 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 € _____ |
| 9. Altro (specificare) _____                                                                           | 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.