

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
☐ incaricato della tutela
☐ titolare responsabilità genitoriale
☐ tutore, amministratore di sostegno della persona destinataria del piano
☐ delegato

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 2025 i seguenti emolumenti:

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Pensione di 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 € _____ |

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- 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 € _____
_____ 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
