

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

Nato/a a _____ il _____
(luogo)

Residente a _____ in via _____
(luogo) (indirizzo)

Codice Fiscale: _____

In qualità di

- destinatario del piano
- familiare curatore 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 2024 i seguenti emolumenti:

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1- Pensione Invalidità civile | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 2- Indennità di frequenza | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 3- Indennità di accompagnamento | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 4- Assegno sociale | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 5- Pensioni o indennità INAIL | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 6- Indennità o pensione per causa di guerra o servizio | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 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 € _____ |

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 9- Altro (specificare) _____ | Importo annuale € _____ |
| _____ | Importo annuale € _____ |
| _____ | Importo annuale € _____ |
| _____ | Importo annuale € _____ |

Di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 "GDPR" e del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Escalaplano _____
(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.