

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

Il/la sottoscritto _____
(cognome) (nome)

Nato/a in _____ () il _____

Residente a _____ via _____ n. _____

Codice fiscale _____

In qualità di:

- destinatario del piano incaricato della tutela titolare della potestà genitoriale
 amministratore di sostegno familiare _____

Destinatario del piano

Cognome _____ nome _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 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 2022 i seguenti emolumenti:

- | | | |
|---|--------------------|-------|
| 1) pensione invalidità civile | importo annuale €. | _____ |
| 2) Indennità di frequenza | importo annuale €. | _____ |
| 3) Indennità di frequenza | importo annuale €. | _____ |
| 4) Indennità di accompagnamento | importo annuale €. | _____ |
| 5) Assegno sociale | importo annuale €. | _____ |
| 6) Pensioni o indennità INAIL | importo annuale €. | _____ |
| 7) Indennità o pensione per causa di guerra o di servizio | importo annuale €. | _____ |

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 €. _____
- Altri contributi da Comuni e Aziende ASL importo annuale €. _____
- Altro (specificare) _____ importo annuale €. _____

Dichiaro di avere preso visione della informativa privacy.

VILLASOR _____

Firma

