

**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 \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) in via \_\_\_\_\_ (indirizzo)

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- ☐ destinatario del piano
- ☐ incaricato della tutela
- ☐ titolare della responsabilità genitoriale
- ☐ amministratore di sostegno/ tutore 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 **2025** 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 €

<p>7. Assegni mensili continuativi erogati dalla regione per particolari categorie di cittadini:</p> <p>- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei Talassemici, degli emolifici e degli emolinfopatici maligni</p> <p>- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici</p> <p>- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche</p> <p>- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne</p>	<p>Importo annuale €</p> <p>Importo annuale €</p> <p>Importo annuale €</p> <p>Importo annuale €</p>
8. Altri contributi dai Comuni e Aziende ASL	Importo annuale €
<p>9. Altro (specificare)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Importo annuale €</p> <p>Importo annuale €</p> <p>Importo annuale €</p>

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.