

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

in via \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

cell/tel \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

In qualità di:

o 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 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 € _____ |

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

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 € \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_ Importo annuale € \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_ Importo annuale € \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_ Importo annuale € \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_ 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.