

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
☐ O
☐ incaricato della tutela
☐ titolare 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:

- | | |
|--|-------------------------|
| 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

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.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE _____ IN VIA _____

consapevole che in caso di false dichiarazioni si applicano le norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000;

DICHIARA:

(barrare e compilare la voce che interessa)

☐ che il sig./ra _____ nato/a _____

residente a _____ in via _____ n. _____

dipendente presso _____ ha fruito per l'assistenza a favore di _____ nell'anno 2024 dei permessi di lavoro ai sensi della Legge 104/92 per un n. di settimane annuali _____ e per n. di ore settimanali _____, per un totale complessivo di ore annuali pari a n. _____.

☐ che nessun familiare ha fruito nell'anno 2024 dei permessi di lavoro ai sensi della Legge 104/92.

Data _____

In fede

Si allega fotocopia del documento di identità del dichiarante