

**Allegato D alla Delib.G.R. n. 45/18 del 21.12.2010**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445)**

Il/La sottoscritto/a   
nato/a  il   
residente in  via   
n.  prov.  tel.  cell.   
email  C.F.

**In qualità di**

- ☐ **referente familiare**  
☐ **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 precedente i seguenti emolumenti:

<b>1-Pensione Invalidità civile</b>	Importo annuale €	<input type="text"/>
<b>2-Indennità di frequenza</b>	Importo annuale €	<input type="text"/>
<b>3-Indennità di accompagnamento</b>	Importo annuale €	<input type="text"/>
<b>4-Assegno sociale</b>	Importo annuale €	<input type="text"/>
<b>5-Pensioni o indennità INAIL</b>	Importo annuale €	<input type="text"/>
<b>6-Indennità o pensione per</b>		
<b>causa di guerra o servizio</b>	Importo annuale €	<input type="text"/>
<b>7-Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:</b>		

☐ 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 €

Importo annuale €

Importo annuale €

☐ di aver preso visione, letto e compreso l'informativa ex artt. 13-14 Reg. UE 2016/679 allegata e pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria che riguarda il trattamento dei miei dati personali e di accettarne i contenuti consapevole che in caso di rifiuto di fornire i dati strettamente necessari non potrà essere dato corso all'istanza e che gli stessi saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali, strumentali o connesse al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679.

di esprimere il consenso **SI** ☐ **NO** ☐ al trattamento dei miei dati personali per le finalità relative al presente procedimento utili per agevolare la gestione della procedura e la fornitura dei servizi con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

(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*