

**ALLEGATO D**  
**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

incaricato della tutela

titolare della 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 dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

- che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno \_\_\_\_\_ 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 €_____   |
| 7-Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:<br>- L.R. n. 27/83 - Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni<br>- L.R. n. 11/85 - Provvidenze a favore dei nefropatici<br>- L.R. n. 20/97 - Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche<br>- L.R. n. 9/2004 - Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne<br>8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL | Importo annuale €_____<br>Importo annuale €_____<br>Importo annuale €_____<br>Importo annuale €_____<br>Importo annuale €_____ |

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

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.