

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: _____

In qualità di

- ☐ destinatario del piano
☐ amministratore di sostegno
☐ familiare di riferimento

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 2022 i seguenti emolumenti:

TIPOLOGIA DI EMOLUMENTO	IMPORTO ANNUALE
☐ Pensione Invalidità civile	€
☐ Indennità di frequenza	€
☐ Indennità di accompagnamento	€
☐ Assegno sociale	€
☐ Pensioni o indennità INAIL	€
☐ Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	€
☐ Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:	€
☐ Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni - L.R. n. 27/83	€
☐ Provvidenze a favore dei nefropatici - L.R. n. 11/85	€
☐ Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche - L.R. n. 20/97	€
☐ Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne - L.R. n. 9/2004	€
☐ Altri contributi da Comuni e Aziende ATS	€
☐ Altro (specificare)	€

Pozzomaggiore ____/____/2023

Il destinatario del piano
o amministratore di sostegno o familiare di riferimento

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 tramite mail