

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

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ (luogo) _____ (prov.) il _____
(luogo) _____ (prov.)

Residente a _____ (luogo) _____ (prov.) in via _____
(luogo) _____ (prov.) (indirizzo)

Codice Fiscale: _____

In qualità di:

- 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 veritiera, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2018 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:
<ul style="list-style-type: none">• L.R. n. 27/83 — Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni• L.R. n. 11/85 — Provvidenze a favore dei nefropatici• L.R. n. 20/97 — Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche• 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 € _____ |

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