**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 veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

* che la persona destinataria del piano ha percepito nell’anno 2022 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:

* 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 €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1/2

# 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.

 2/2