**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

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 2024 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 €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.