

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

Residente a _____ (_____) in Via _____

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 DPR 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 **2023** 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 degli neoplasie maligne | Importo annuale € _____ |
| 8. Altri contributi da Comuni e Aziende ASL | 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 € _____

Lo scrivente autorizza l'Ente all'utilizzo dei propri dati personali contenuti nel presente modulo ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

San Nicolo D'Arcidano li, _____

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o
titolare della patria potestà o amministratore di sostegno

Ai sensi dell'art. 38, DPR 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.