

**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 veritieri, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

- che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2020 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 €_____

**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.