# *ALLEGATO D* 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
* altro (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del beneficiario sig/sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 €

1. Altri contributi da Comuni e Aziende ASL Importo annuale €
2. Altro (specificare) \_ \_ Importo annuale €\_

\_ \_ Importo annuale €

\_ \_ Importo annuale €

\_ \_ Importo annuale €

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il destinatario del piano o l’incaricato della tutela

o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno

\_