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

- o destinatario del piano
  o
- o ı incaricato della tutela
  o
- o ı titolare della patria potestà
  o
- o ı 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 2015 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.