

**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
- familiare di riferimento
- incaricato della tutela
- titolare patria potestà
- 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 di dichiarazioni non veritiera, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2025 i seguenti emolumenti:

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1. Pensione di 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:<br>- L.R. n.27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici,<br>degli emofili e degli emolinfatici 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<br>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.

Gonnosnò,  
(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.