

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
- 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 veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2022 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: | |
| - 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 € _____ |

