



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

#/la sottoscrittø/a _____

(cognome)

(nome)

Natø/a a _____ (_____) il _____

(luogo)

(prov.)

Residente a _____ (_____) in via/p.zza _____ n. _____

(luogo)

(prov.)

(indirizzo)

Codice Fiscale: _____

In qualità di

destinatario del piano

o

tutore

curatore

amministratore di sostegno

genitore

familiare di riferimento (Specificare) _____

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 _____ i seguenti emolumenti:

	IMPORTO ANNUALE



1.	Pensione Invalidità civile	
2.	Indennità di frequenza	
3.	Indennità di accompagnamento	
4.	Assegno sociale	
5.	Pensioni o indennità INAIL	
6.	Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	
7.	Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:	
8.	L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni	
9.	L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	
10.	L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	
11.	L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	
12.	Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	
13.	Altro (specificare)	
14.		
TOTALE		€

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
