

**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: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- destinatario del piano  
 incaricato della tutela  
 titolare della 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 dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**Che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno **2023** 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 emolifici e degli emolinfopatici maligni  - L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici  - L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche  - L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	Importo annuale € _____
	Importo annuale € _____
	Importo annuale € _____
	Importo annuale € _____
8. Altri contributi dai Comuni e Aziende ASL	Importo annuale € _____
9. Altro (specificare) _____ _____ _____	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.