

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

In qualità di:

- ☐ destinatario del piano
- ☐ incaricato della tutela
- ☐ titolare della patria potestà
- ☐ amministratore di sostegno della persona destinataria del piano
- ☐ altro (specificare): \_\_\_\_\_

del beneficiario sig/sig.ra \_\_\_\_\_

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 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 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 € _____ |
| 8- Altri contributi da Comuni e Aziende ASL  | Importo annuale € _____ |

9- Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
_____	Importo annuale € _____
_____	Importo annuale € _____
_____	Importo annuale € _____

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela  
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_