

**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 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 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 € \_\_\_\_\_

