

- L.R.n.20/97–Provvidenze a favore di persone affette da
Patologie psichiatriche Importo Annuale € _____

- L.R.n.9/2004–Provvidenze a favore di persone affette da
Neoplasie maligne Importo Annuale € _____

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

9- Altro(specificare) _____ 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.