

**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 responsabilità genitoriale
- Amministratore e di sostegno della persona destinataria del piano:
- Familiare di riferimento (indicare grado di parentela) \_\_\_\_\_

**DATI BENEFICIARIO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R.445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

-che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2024 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-Pensione 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 € \_\_\_\_\_

