

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

Nome _____ Cognome _____

nato a _____ il ___/___/___ residente a _____

in Via/Piazza _____ n. _____ Tel. _____

C.F. _____

In qualità di

- destinatario del piano
- incaricato della tutela
- titolare della responsabilità genitoriale
- Amministratore di Sostegno della persona destinataria del piano

(da compilare solo se **non** destinatario del piano)

Nome _____ Cognome _____

nato a _____ il ___/___/___ residente a _____

in Via/Piazza _____ n. _____ Tel. _____

C.F. _____

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:

a) che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2018 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, emofilici ed 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 € _____ |
| - 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 € _____

Totale annuo €.

b) che la composizione anagrafica del proprio nucleo familiare è la seguente:

Nome e Cognome	Luogo e data di nascita	Residenza

N.B. Riportare eventuali differenze tra la composizione *di fatto* del nucleo familiare e la composizione anagrafica _____

c) che il richiedente a conoscenza del fatto che chi beneficia dell'intervento L.162/98 non può assumere alle proprie dipendenze i parenti obbligati agli elementi ai sensi dell'art. 433 del C.C.

d) altro _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

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

N.B. 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.

