

**ALLEGATO D****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ'**  
**(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

Oppure:

- familiare di riferimento \_\_\_\_\_
- titolare della potestà genitoriale
- tutore/ 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 veritieri, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

- che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2025 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 €\_\_\_\_\_- 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 €\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Importo annuale €\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Importo annuale €\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Importo annuale €\_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato che, ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679, 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.