

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Nato/aa \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) invia \_\_\_\_\_  
(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 veritieri, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

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

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

9- Altro(specificare) \_\_\_\_\_ Importo Annuale € \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Importo Annuale € \_\_\_\_\_  
Importo Annuale € \_\_\_\_\_  
Importo Annuale € \_\_\_\_\_  
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 viceversa.

\_\_\_\_\_  
(luogo edata)

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.