

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

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
Nato/a in \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di:

- ☐ destinatario del piano      ☐ incaricato della tutela      ☐ titolare della patria potestà  
☐ amministratore di sostegno      ☐ familiare \_\_\_\_\_

**Destinatario del piano**

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- Che la persona destinataria del piano **NON ha percepito** nell'anno **2025** alcun emolumento
- 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 frequenza                                 | importo annuale €. _____ |
| 4) Indennità di accompagnamento                           | importo annuale €. _____ |
| 5) Assegno sociale  | importo annuale €. _____ |
| 6) Pensioni o indennità INAIL                             | importo annuale €. _____ |
| 7) Indennità o pensione per causa di guerra o di servizio | importo annuale €. _____ |

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 emolinfatici 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 €. \_\_\_\_\_
- Altri contributi da Comuni e Aziende ASL      importo annuale €. \_\_\_\_\_
- 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.

Villasalto \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2026

Firma

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell' art. 38 DPR 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall' interessato in presenza del dipendente incaricato ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata del documento di identità del dichiarante.