

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

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

Residente a _____ (_____) in via _____

Codice Fiscale: _____

In qualità di:

- destinatario del piano
- incaricato della tutela
- titolare della patria potestà
- amministratore di sostegno della persona destinataria del piano
- altro (specificare): _____

del beneficiario _____ Cod. Fisc. _____

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

DICHIARA

- che la persona destinataria del piano ha percepito **nell'anno 2020** 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 € _____

8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL Importo annuale € _____

9- Altro (specificare) _____ Importo annuale € _____
_____ Importo annuale € _____
_____ Importo annuale € _____
_____ Importo annuale € _____

Busachi, li _____

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