

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(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

- referente familiare
- destinatario del piano o
- incaricato della tutela o
- titolare della patria potestà o
- 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 veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445)

8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	Importo annuale € _____
9- Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
_____	Importo annuale € _____
_____	Importo annuale € _____
_____	Importo annuale € _____

Informativa Privacy

Si avvisa che l'informativa è pubblicata nel sito istituzionale e se ne può prendere visione tramite il link:http://www.comune.tempiopausania.ot.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1611:privacy&catid=349&Itemid=133

E disponibile in forma cartacea presso l'ufficio Servizi Sociali.

Chiunque ne volesse acquisire una copia cartacea può richiederla all'ufficio Servizi Sociali.

Chiunque ne volesse acquisire una copia cartacea può richiederla all'ufficio Servizi Sociali.

(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.

