



Comune di Porto Torres

Modulo D

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

I sottoscritto _____

nato a _____ Prov _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n _____

Codice Fiscale _____

in qualità di

- Destinatario Del Piano
- Titolare Della Potestà Genitoriale/ Incaricato Della Tutela
- Amministratore Di Sostegno

Cognome e 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 2019 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 /pensione di guerra o servizio | € _____ | Importo annuale |
| 7. Altri contributi da Comuni e Aziende ASL | € _____ | Importo annuale |
| 8. Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini: | | |
| - L.R. n. 27/83 – (talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni) | € _____ | Importo annuale |
| - L.R. n. 11/85 – (nefropatici) | € _____ | Importo annuale |
| - L.R. n. 20/97 – (patologie psichiatriche) | € _____ | Importo annuale |
| - L.R. n. 9/2004 – (neoplasie maligne) | € _____ | Importo annuale |
| 9. Altro (specificare) _____ | € _____ | Importo annuale |

Luogo e data _____

In Fede
