

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/a a _____ (luogo) _____ (prov.) il _____

Residente a _____ (luogo) _____ (prov.) in via _____ (indirizzo)

Codice Fiscale: _____

In qualità di (barrare l'opzione)

- Destinatario del piano
- Incaricato della tutela
- familiare

della persona destinataria del beneficio

Cognome _____

Nome _____

Cod. Fisc. _____

Providenza richiesta _____

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

1. che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno **2024** i seguenti emolumenti:

TIPO DI REDDITO	importo mensile	importo annuale
Pensione Invalidità civile (13 mensilità)		
Indennità di frequenza		
Indennità di accompagnamento (importo 12 mensilità annuali)		
Assegno sociale (importo mensile 13 mensilità annuali)		
Pensioni es. reversibilità o da lavoro		
indennità INAIL		
Indennità o pensione per causa di guerra o servizio		
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		
L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici		
L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche		
L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne		
Altri contributi da Comuni e Aziende ASL		
Altro (es. reddito netto da lavoro)		

Allegato D

2. che l'ISEE **2025** con scadenza il _____ è pari a _____.

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 con la modalità che riterrete più opportuna.

INFORMAZIONE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati. Il Titolare dei dati è il Sindaco pro tempore del Comune di Loiri Porto San Paolo.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

 1 sottoscritt _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Loiri Porto San Paolo li ___/___/_____

Firma per accettazione

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