

(art. 30 della legge regionale 19/2007)

Il/La sottoscritt _____

nat. a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via/Fraz.	n.	tel./cell.
-----------	----	------------

codice fiscale _____ stato civile _____

- ☐ cittadino extracomunitario in possesso di:
☐ permesso di soggiorno n. _____
data di rilascio _____ data di scadenza _____
☐ carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo n. _____
data di scadenza _____

nella sua qualità di (da compilare **solo** nel caso in cui l'interessato sia rispettivamente: minore, interdetto, inabilitato, temporaneamente impossibilitato alla firma)

- [illegible]

(Cognome e Nome)

nat a Prov. il

residente in _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via/Fraz. _____ n. _____ tel./cell. _____

codice fiscale _____ stato civile _____

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non corrispondenti a verità – giusto il disposto dell’art. 39, comma 1, della legge regionale 19/2007

DICHIARA

(per la compilazione barrare la casella interessata e compilare il retro del presente modello)

- ☐ di non possedere redditi propri, calcolati agli effetti dell'I.R.Pe.F.
- ☐ di possedere redditi propri, calcolati agli effetti dell'I.R.Pe.F.

INDICARE I REDDITI AL LORDO DELL'IRPEF, DELLE DEDUZIONI E DELLE DETRAZIONI FISCALI
RELATIVI ALL'ANNO **2017** E PRESUNTI **2018** *(per le persone coniugate dati anagrafici e reddito del coniuge)*

Cognome _____ *Nome* _____ *data nascita* _____
luogo nascita _____ *CF.* _____

REDDITI	TITOLARE		CONIUGE	
	Anno 2017	Anno 2018 <i>presunto</i>	Anno 2017	Anno 2018 <i>presunto</i>
Redditi da lavoro dipendente e assimilati, impresa, CIG, indennità di mobilità, indennità di disoccupazione	€	€	€	€
Pensioni ed assegni erogati dall'I.N.P.S./Tesoro <i>(specificare la categoria)</i> _____	€	€	€	€
Pensioni erogate da Stati esteri <i>(specificare ente erogante e categoria)</i> _____	€	€	€	€

REDDITI	TITOLARE		CONIUGE	
	Anno 2017	Anno 2018 presunto	Anno 2017	Anno 2018 presunto
Altri redditi non elencati sopra, compresi quelli di capitale (es. partecipazione in società, assegno di mantenimento corrisposto dal coniuge separato, ecc. - specificare la natura – <u>anche prodotti all'estero</u>)	€	€	€	€
Interessi Bancari, postali, di BOT, CCT, titoli di Stato, quote di investimento, vincite al lotto e lotterie - <u>anche prodotti all'estero</u>	€	€	€	€
Redditi soggetti a tassazione separata (conguagli, liquidazioni, ecc.) _____	€	€	€	€
Redditi da lavoro autonomo (<u>anche prodotti all'estero</u>)	€	€	€	€
Redditi da impresa	€	€	€	€
Redditi di terreni e fabbricati (<u>anche estero</u>) (esclusa la casa di abitazione)	€	€	€	€
☐ Assegni ☐ Borse di studio (specificare ente erogante) _____	€	€	€	€
REDDITO COMPLESSIVO	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Pensioni di guerra	€	€	€	€
Rendite vitalizie	€	€	€	€

La presente dichiarazione, ai sensi dell'art. 35 della legge regionale 19/2007, deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità o di riconoscimento dell'interessato.

Si impegna, inoltre, a segnalare all'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, non oltre i trenta giorni dal suo verificarsi, ogni evento che modifichi il contenuto della presente dichiarazione.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY ex articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Ai fini dell'articolo 13 d. lgs. 196/2003, si informa che i Suoi dati personali sono trattati per via informatica e/o cartacea ai fini della concessione dei benefici previsti dalla legge regionale 7 giugno 1999, n. 11. L'eventuale rifiuto di conferire i dati personali, che vengono comunicati e diffusi per fini istituzionali, preclude l'accesso ai benefici suddetti. L'interessato può esercitare i diritti di cui agli articoli 7 e 8 d. lgs. 196/2003. Il titolare del trattamento dei dati è la Regione Autonoma Valle d'Aosta, Presidenza della Regione, con sede in Piazza Deffeyes, 1 – Aosta; il responsabile del trattamento dei dati è il Coordinatore del Dipartimento Sanità, Salute e Politiche Sociali.

Data _____

Firma _____
(allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto)

QUADRO A	Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare. Ai sensi dell'articolo 36, commi 2 e 3, della legge regionale 19/2007, la dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal dipendente competente a riceverla, previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il dipendente addetto attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere. Si attesta che la dichiarazione sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal/la sig./ra identificato/ mediante il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare. Data Firma del funzionario incaricato
QUADRO B	Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare. Ai sensi dell'articolo 36, comma 4, della legge regionale 19/2007, la dichiarazione nell'interesse di chi si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute è sostituita dalla dichiarazione, recante l'espressa indicazione dell'impedimento, resa al funzionario dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, previo accertamento dell'identità del dichiarante (<i>allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto</i>). Si attesta che la dichiarazione sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal/la sig./ra identificato/a mediante il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di che il/la sig./r/a ha il seguente impedimento temporaneo a firmare Data Firma del funzionario incaricato