

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.

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	<p>Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Data Firma del funzionario incaricato</p>
QUADRO B	<p>Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare.</p> <p>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>).</p> <p>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</p> <p>Data Firma del funzionario incaricato</p>