

ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
ASSESSORATO REGIONALE SANITA', SALUTE E
POLITICHE SOCIALI
 Struttura organizzativa disabilità e invalidità civile
 Loc. Grand Chemin, 4
 11020 SAINT CHRISTOPHE (AO)
 Tel. 0165/274635 – fax 0165/274626

__l__ sottoscritt__ _____
 nat__ a _____ Prov. _____ il _____
 residente in _____ via/fraz _____ n° _____
 c.a.p. _____ professione _____ stato civile _____
 recapito telefonico _____ cellulare _____
 codice fiscale _____ e-mail _____

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

- rappresentante legale tutore curatore
 amministratore di sostegno procuratore congiunto

di _____
 nat__ a _____ Prov. _____ il _____
 residente in _____ via/fraz _____ n° _____
 c.a.p. _____ professione _____ stato civile _____
 recapito telefonico _____ cellulare _____
 codice fiscale _____ e-mail _____

CHIEDE

- l'erogazione (art. 6 – comma 3 della DGR 1754/2015)**
 il ripristino delle provvidenze economiche (art. 6 – comma 6 della DGR 1754/2015)

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto disposto dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara ai sensi degli articoli 30 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19 e n. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, quanto segue:

- di essere che lo stesso è:

1) stato sottoposto a visita medica collegiale in data _____ (limite di 20 mesi) con riconoscimento del _____% di invalidità;

2) cittadino italiano

cittadino UE iscritto all'anagrafe del Comune di _____ dal _____

- 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 _____

- 3) di non percepire, per la stessa patologia, benefici per causa di guerra, di lavoro o di servizio
- 4) di essere titolare di rendita INAIL per l'anno _____ ammontante a euro _____
(allegare attestato d'invalidità rilasciato dall'Istituto);
- 5) che il nucleo familiare è composto da n. _____ persone
- 6) di aver posseduto/ha posseduto ai fini I.R.Pe.F. un reddito come da prospetto allegato:

INDICARE I REDDITI AL LORDO DELL'IRPEF, DELLE DEDUZIONI E DELLE DETRAZIONI FISCALI RELATIVI ALL'ANNO 2016 E PRESUNTI 2017 <i>(per le persone coniugate dati anagrafici e reddito del coniuge)</i>				
Cognome _____		Nome _____		data nascita _____
_____ luogo nascita _____		CF. _____		
REDDITI	TITOLARE		CONIUGE	
	Anno 2016	Anno 2017 presunto	Anno 2016	Anno 2017 presunto
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>	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Altri redditi non elencati sopra, compresi quelli di capitale <i>(es. partecipazione in società, assegno di mantenimento corrisposto dal coniuge separato, ecc. - specificare la natura anche prodotti all'estero) _____</i>	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Interessi Bancari, postali, di BOT, CCT, titoli di Stato, quote di investimento, vincite al lotto e lotterie <i>natura anche prodotti all'estero) _____</i>	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Redditi soggetti a tassazione separata <i>(conguagli, liquidazioni, ecc.) _____</i>	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Redditi da lavoro autonomo <i>(anche prodotti all'estero)</i>	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Redditi da impresa	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Redditi di terreni e fabbricati <i>(anche estero)</i> <i>(esclusa la casa di abitazione)</i>	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Assegni <input type="checkbox"/> Borse di studio <i>(specificare ente erogante) _____</i>	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
REDDITO COMPLESSIVO	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Pensioni di guerra	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Rendite vitalizie	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____

CHIEDE INOLTRE che tutte le comunicazioni vengano inviate al seguente indirizzo:

presso _____
nat__ a _____ Prov. _____ il _____
residente in _____ via/fraz _____ n° _____
c.a.p. _____ professione _____ stato civile _____
recapito telefonico _____ cellulare _____
codice fiscale _____ e-mail _____

Si impegna, inoltre, a segnalare all'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, non oltre i trenta giorni dal suo verificarsi, qualsiasi nuova liquidazione di pensione, l'eventuale trasferimento di residenza ed ogni altro evento che modifichi il contenuto della presente dichiarazione.

Dichiara di essere consapevole che qualora emergessero delle patologie tali da poter influire negativamente su particolari autorizzazioni (idoneità alla guida, porto d'armi, ecc..) la Commissione medica provvederà ad informare l'Autorità competente per eventuali verifiche e che i dati personali, anche sensibili, saranno trattati nel pieno rispetto dei principi di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

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.

Luogo e data _____

FIRMA _____

(allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto)

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.

AVVERTENZE

Ai sensi dell'articolo 33 della legge regionale 19/2007, l'Amministrazione procede a idonei controlli, anche a campione e in ogni caso quando sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate.

Ai sensi dell'articolo 39, comma 1, della legge regionale 19/2007, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla sopraccitata legge, nonché l'esibizione di documenti di riconoscimento contenenti dati che hanno subito variazioni dalla data di rilascio, sono puniti ai sensi delle leggi vigenti in materia.

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 presente dichiarazione è stata resa dinanzi a me dal/la Sig./ra identificato/a 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 presente dichiarazione è stata resa dinanzi a me dal/la Sig./raidentificato/a mediante il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità diche il/la Sig./raha il seguente impedimento temporaneo a firmare</p> <p>Data Firma del funzionario incaricato</p>