

DICHIARAZIONE DEI REDDITI

(da non compilare per gli ultrasessantacinquenni riconosciuti **invalidi totali con diritto all'indennità di accompagnamento**)

(da compilare per gli ultrasessantacinquenni riconosciuti **ciechi con residuo visivo inferiore ad 1/20 o ciechi assoluti**)

 sottoscritt_ dichiara sotto la propria responsabilità che per gli anni indicati

non possiede possiede i redditi riportati nel quadro che segue

e che il coniuge sig. Cognome _____ Nome _____

data nascita _____ luogo nascita _____ CF.

_____ non possiede possiede i redditi riportati nel quadro che segue:

(indicare i redditi al lordo degli oneri deducibili e delle ritenute fiscali relativi all'anno precedente la richiesta del beneficio)

REDDITI	TITOLARE		CONIUGE	
	POSSEDUTO	PRESUNTO	POSSEDUTO	PRESUNTO
	Anno	Anno	Anno	Anno
Redditi da lavoro dipendente e assimilati, impresa, CIG, indennità di mobilità, indennità di disoccupazione	€	€	€	€
Pensioni ed assegni erogati dall'I.N.P.S./Tesoro (specificare la categoria) _____	€	€	€	€
Pensioni erogate da Stati esteri (specificare ente erogante e categoria) _____	€	€	€	€
Altri redditi non elencati sopra, compresi quelli di capitale (es. partecipazione in società, assegno di mantenimento corrisposto dal coniuge separato, ecc. - specificare la natura) _____	€	€	€	€
Interessi Bancari, postali, di BOT, CCT, titoli di Stato, quote di investimento, vincite al lotto e lotterie	€	€	€	€
Redditi soggetti a tassazione separata (conguagli, liquidazioni, ecc.)	€	€	€	€
Redditi da lavoro autonomo	€	€	€	€
Redditi da impresa	€	€	€	€
Redditi della casa di abitazione (senza considerare la deduzione fiscale)	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Redditi di terreni e fabbricati (esclusa la casa di abitazione)	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Assegni <input type="checkbox"/> Borse di studio (specificare ente erogante) _____	€	€	€	€
REDDITO COMPLESSIVO	€	€	€	€
Pensioni di guerra	€	€	€	€
Rendite vitalizie	€	€	€	€

Da compilare se è stata riconosciuta l'invalidità parziale (74% - 99%)

I sottoscritt _____

DICHIARA

- di non essere titolare di altre prestazioni a titolo di invalidità;
- di essere titolare di altre prestazioni a titolo di invalidità e di optare per l'assegno mensile di invalidità erogato da _____ e di rinunciare al trattamento economico erogato da _____.
- di non prestare alcuna attività lavorativa
- di prestare attività lavorativa dal _____
- di non essere stato occupato e di non avere svolto alcuna attività lavorativa dal _____ al _____.
- che per il periodo intercorso tra la data della domanda di visita e quella di notifica del verbale di visita medica non ha svolto attività lavorativa.

I sottoscritt_, si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

I sottoscritt_, è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risulteranno indebitamente percepite.

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 sopracitata 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.

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.

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 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 sottoscrivere.</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>