

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

## Dichiarazione sostitutiva della CERTIFICAZIONE DELLA SITUAZIONE LAVORATIVA

(art. 1 comma 35 della legge 247/2007 e art. 30 della legge regionale 19/2007)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_\_a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via/Fraz. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

tel./cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

- 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)

- tutore  curatore  congiunto  
 amministratore di sostegno  procuratore

di \_\_\_\_\_

nat\_\_a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via/Fraz. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

tel./cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

ricosciuto invalido civile nella misura del \_\_\_\_\_, a decorrere dal \_\_\_\_\_.

### DICHIARA CHE (barrare la casella interessata)

● **nell'anno 20....** (passato)

<input type="checkbox"/>	HA PRESTATO ATTIVITA' LAVORATIVA DAL .....	
<input type="checkbox"/>	AUTONOMA CON UN REDDITO IMPONIBILE ANNUO PARI A	€ .....
<input type="checkbox"/>	DIPENDENTE CON UN REDDITO IMPONIBILE ANNUO PARI A	€ .....
<input type="checkbox"/>	E' STATO OCCUPATO AI SENSI DELLA LEGGE 12 MARZO 1999, N. 68 E DEL DECRETO LEGISLATIVO 10 SETTEMBRE 2003, N. 276 (COOPERATIVE SOCIALI E CONVENZIONI-QUADRO) CON UN REDDITO IMPONIBILE ANNUO PARI A	€ .....
<input type="checkbox"/>	NON HA PRESTATO ALCUNA ATTIVITA' LAVORATIVA	

● **nell'anno 20....** (in corso)

<input type="checkbox"/>	PRESTA ATTIVITA' LAVORATIVA DAL .....	
<input type="checkbox"/>	AUTONOMA CON UN REDDITO PRESUNTO IMPONIBILE ANNUO PARI A	€ .....
<input type="checkbox"/>	DIPENDENTE CON UN REDDITO PRESUNTO IMPONIBILE ANNUO PARI A	€ .....
<input type="checkbox"/>	E' OCCUPATO AI SENSI DELLA LEGGE 12 MARZO 1999, N. 68 E DEL DECRETO LEGISLATIVO 10 SETTEMBRE 2003, N. 276 (COOPERATIVE SOCIALI E CONVENZIONI-QUADRO) CON UN REDDITO PRESUNTO IMPONIBILE ANNUO PARI A	€ .....
<input type="checkbox"/>	NON PRESTA ALCUNA ATTIVITA' LAVORATIVA	

## AVVERTENZE

Ai sensi dell'art. 3, comma 5 della legge regionale 11/1999, dell'art. 13 della legge 18/1971 e della DGR 1754/2015, **i titolari di assegno mensile d'invalidità** o chi ne ha la tutela **sono tenuti, entro il 30 aprile di ciascun anno a presentare** (pena la sospensione dell'erogazione e il recupero delle somme indebitamente percepite), alla Struttura Invalidità Civile dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, **una dichiarazione di responsabilità**, ai sensi della legge regionale 19/2007, **relativa allo svolgimento di una attività lavorativa**. La mancata presentazione della dichiarazione annuale entro il termine stabilito determina l'avvio dei necessari accertamenti ai fini della revoca della provvidenza economica.

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.

### **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 <sup>1)</sup> \_\_\_\_\_

(allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto)

1) Per gli invalidi civili il cui handicap non consente loro di autocertificare, se interdetti o inabilitati, la dichiarazione dovrà essere presentata dai rispettivi rappresentanti legali.

**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.**

<b>QUADRO A</b>	<p><b>Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare.</b></p> <p>Ai sensi dell'articolo 36, commi 2 e 3, della legge regionale 19/2007, la dichiarazione <b>di chi non sa o non può firmare</b> 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>
<b>QUADRO B</b>	<p><b>Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare.</b></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 <b>impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute</b> 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./ra ..... ha il seguente impedimento temporaneo a firmare .....</p> <p>Data ..... Firma del funzionario incaricato .....</p>