

**ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA**  
**ASSESSORATO REGIONALE SANITA', SALUTE**  
**E POLITICHE SOCIALI**  
 Servizio Invalidità Civile  
 Loc. Grand Chemin, 4  
 11020 SAINT CHRISTOPHE (AO)  
 Tel. 0165/273111 – fax 0165/274626

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
 a ..... (Prov .....) residente in .....  
 indirizzo..... (c.a.p.....)  
 telefono..... Cellulare ..... E-mail.....  
 Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> rappresentante legale | <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno |
| <input type="checkbox"/> tutore                | <input type="checkbox"/> curatore                   |
| <input type="checkbox"/> procuratore           | <input type="checkbox"/> erede/congiunto            |

di .....  
 nato/a il ..... a ..... (Prov .....) residente in .....  
 indirizzo..... (c.a.p.....)  
 telefono ..... Cellulare ..... E-mail.....  
 Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### **DICHIARA**

(art. 30 della legge regionale 19/2007)

**DI RINUNCIARE** all'accertamento:       **DI ESSERE ASSENTE** alla visita per l'accertamento:

<input type="checkbox"/> Invalidità civile	<input type="checkbox"/> Persona handicappata L. 104/92	<input type="checkbox"/> Persona disabile L. 68/99
<input type="checkbox"/> Sordomutismo	<input type="checkbox"/> Cecità civile	<input type="checkbox"/> Ricorso

Domanda presentata in data: ..... Visita prevista per il: .....

Per il seguente motivo: .....

Allegare documentazione idonea a giustificare l'assenza .....

### **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)

## AVVERTENZE

**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 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.

<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./a ..... ha il seguente impedimento temporaneo a firmare .....</p> <p>Data ..... Firma del funzionario incaricato .....</p>