

Il sottoscritto
nato il a (provincia)
residente in..... Prov..... c.a.p
Via/Fraz tel./cell.....
Codice fiscale rappresentante legale/genitore

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

nella sua qualità di: ☐ genitore ☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno ☐ procuratore
(barrare la casella interessata solo nel caso di minore o rappresentante legale)

di
nato il a (provincia)
residente in..... Prov..... c.a.p
Via/Fraz tel./cell.....
Codice fiscale invalido

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

chiede di riscuotere le provvidenze nel seguente modo:

☐ accreditamento su conto corrente o mediante l'utilizzo di altri strumenti di pagamento elettronici, del quale è **titolare** presso la banca/posta
sportelloindirizzo cap

IBAN

I	T																
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 CIN

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

 ABI

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

 CAB

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

 NUMERO CONTO

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

Preso atto e d'accordo con quanto sopra (firma dell/i **cointestatario/i** del conto suindicato)

Nome e Cognome	Indirizzo	Firma

autorizzando **l'Amministrazione Regionale** all'eventuale **recupero** di somme erogate e non spettanti per mancanza di uno dei requisiti previsti dalla legge o per decesso del titolare della provvidenza economica.

(data)

(timbro e firma della banca/posta)(firma)

Se la presente richiesta è inviata via fax, allegare la **fotocopia di un documento di identità**. (articolo 35 della l.r. 19/2007)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 196/2003

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.

QUADRO C	Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare. 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. 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. Data Firma del funzionario incaricato
QUADRO D	Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare. 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 (allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto). 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, in qualità di che il/la Sig./ra ha il seguente impedimento temporaneo a firmare Data Firma del funzionario incaricato



Il sottoscritto
nato il a (provincia)
residente in Prov. C.A.P.
Via/Fraz tel./cell.....
Codice fiscale invalido

che tutte le comunicazioni vengano inviate al seguente indirizzo:

[illegible]

☐ accreditamento su conto corrente o mediante l'utilizzo di altri strumenti di pagamento elettronici, del quale è **titolare o cointestatario** presso la banca/posta

..... sportello

indirizzo cap

The diagram illustrates the structure of several identifiers:

- IBAN**: Consists of two boxes labeled 'I' and 'T'.
- CIN**: Consists of three boxes.
- ABI**: Consists of four boxes.
- CAB**: Consists of four boxes.
- NUMERO CONTO**: Consists of eight boxes.

QUADRO A

Nome e Cognome	Indirizzo	Firma

autorizzando l'Amministrazione Regionale all'eventuale **recupero** di somme erogate e non spettanti per mancanza di uno dei requisiti previsti dalla legge o per decesso del titolare della provvidenza economica.

(firma beneficiario)

OPPURE ⇒