



Oggetto: ANNO \_\_\_\_\_ - Liquidazione dell'assegno di **reversibilità** – previsto dall'articolo 21 della l.r. 7 marzo 1997, n. 7 (“Disciplina della professione di guida alpina in Valle d’Aosta”) – **1^ ISTANZA.**

Il/La/I sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di  vedova/o  figlio/a/i/e  genitore/i  fratello/i/sorella/e  
 della guida o aspirante guida alpina \_\_\_\_\_  
*(indicare il nome della guida o aspirante guida alpina)*

deceduta il \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dall'art. 39 della legge regionale n. 19/2007 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e del fatto che l'Amministrazione regionale effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese

**DICHIARA/DICHIARANO**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 31 della legge regionale n. 19/2007

**NB: da compilare se VEDOVA/O, ai sensi dell'articolo 24, comma 2, lettera a)**

<input type="checkbox"/>	di mantenere lo stato vedovile		
<input type="checkbox"/>	che non vi è stata pronunciata sentenza, passata in giudicato, di separazione		
<input type="checkbox"/>	di avere n° _____ figli a carico	<input type="checkbox"/>	di non avere figli a carico
1° figlio	_____	_____	_____
	<i>(nome e cognome)</i>	<i>(data di nascita)</i>	<i>(luogo di nascita)</i> <i>(scuola frequentata/anno di studio)</i>
2° figlio	_____	_____	_____
	<i>(nome e cognome)</i>	<i>(data di nascita)</i>	<i>(luogo di nascita)</i> <i>(scuola frequentata/anno di studio)</i>
3° figlio	_____	_____	_____
	<i>(nome e cognome)</i>	<i>(data di nascita)</i>	<i>(luogo di nascita)</i> <i>(scuola frequentata/anno di studio)</i>
4° figlio	_____	_____	_____
	<i>(nome e cognome)</i>	<i>(data di nascita)</i>	<i>(luogo di nascita)</i> <i>(scuola frequentata/anno di studio)</i>
5° figlio	_____	_____	_____
	<i>(nome e cognome)</i>	<i>(data di nascita)</i>	<i>(luogo di nascita)</i> <i>(scuola frequentata/anno di studio)</i>
DATA _____		FIRMA _____	
Per il/la figlio/a _____ nato/a a _____ il _____			
permanentemente inabile a proficuo lavoro si allega certificato medico ( <u>solo in prima istanza</u> .)			

**NB: da compilare se FIGLIO/A/I, in assenza di coniuge, ai sensi dell'articolo 24, comma 2, lettera b)**

1° figlio/a _____ <i>(nome e cognome)</i>	_____ <i>(data di nascita)</i>	_____ <i>(luogo di nascita)</i>	_____ <i>(scuola frequentata/anno di studio)</i>
2° figlio/a _____ <i>(nome e cognome)</i>	_____ <i>(data di nascita)</i>	_____ <i>(luogo di nascita)</i>	_____ <i>(scuola frequentata/anno di studio)</i>
3° figlio/a _____ <i>(nome e cognome)</i>	_____ <i>(data di nascita)</i>	_____ <i>(luogo di nascita)</i>	_____ <i>(scuola frequentata/anno di studio)</i>
4° figlio/a _____ <i>(nome e cognome)</i>	_____ <i>(data di nascita)</i>	_____ <i>(luogo di nascita)</i>	_____ <i>(scuola frequentata/anno di studio)</i>
5° figlio/a _____ <i>(nome e cognome)</i>	_____ <i>(data di nascita)</i>	_____ <i>(luogo di nascita)</i>	_____ <i>(scuola frequentata/anno di studio)</i>
DATA _____	Firma 1° figlio/a _____		
	Firma 2° figlio/a _____		
	Firma 3° figlio/a _____		
	Firma 4° figlio/a _____		
	Firma 5° figlio/a _____		
Per il/la figlio/a _____ nato/a a _____ il _____			
permanentemente inabile a proficuo lavoro si allega certificato medico ( <u>solo in prima istanza</u> .)			
<b>NB. In caso di tutela legale le sottoscrizioni sono a carico del tutore.</b>			

**Da compilare se GENITORE/I, in assenza di coniuge e di figli, ai sensi dell'articolo 24, comma 2, lettera c)**

<input type="checkbox"/> Madre _____ <i>(nome e cognome)</i>	_____ <i>(data di nascita)</i>	_____ <i>(luogo di nascita)</i>
<input type="checkbox"/> Padre _____ <i>(nome e cognome)</i>	_____ <i>(data di nascita)</i>	_____ <i>(luogo di nascita)</i>
<input type="checkbox"/> che non vi sono né coniuge né figli superstiti aventi diritto all'assegno di reversibilità.		
DATA _____	Firma madre _____	
	Firma padre _____	

**Da compilare se FRATELLO/I/SORELLA/E, solo se permanentemente inabili al lavoro ed in assenza di coniuge, figli o genitori, ai sensi dell' articolo 24, comma 2, lettera d)**

<input type="checkbox"/>	Fratello _____ <i>(nome e cognome)</i>	_____ <i>(data di nascita)</i>	_____ <i>(luogo di nascita)</i>
<input type="checkbox"/>	Sorella _____ <i>(nome e cognome)</i>	_____ <i>(data di nascita)</i>	_____ <i>(luogo di nascita)</i>
	DATA _____	Firma fratello _____	Firma sorella _____

Si allega certificato medico riguardante la propria inabilità al lavoro (solo in caso di prima istanza).

### CHIEDE/CHIEDONO

1. la liquidazione dell'assegno di reversibilità per l'anno \_\_\_\_\_;
2. l'accredito dell'importo relativo all'assegno di cui sopra sul conto corrente intestato a \_\_\_\_\_ e identificato dal seguente codice IBAN:

□□	□□	□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□
----	----	---	--------	--------	--------------

**Cod. Paese europeo    Cin    CIN    ABI    CAB    numero di conto corrente (12 cifre)**

l'accredito dell'importo relativo all'assegno di cui sopra sul conto corrente intestato a \_\_\_\_\_ e identificato dal seguente codice IBAN

□□	□□	□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□
----	----	---	--------	--------	--------------

**Cod. Paese europeo    Cin    CIN    ABI    CAB    numero di conto corrente (12 cifre)**

l'accredito dell'importo relativo all'assegno di cui sopra sul conto corrente intestato a \_\_\_\_\_ e identificato dal seguente codice IBAN

□□	□□	□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□
----	----	---	--------	--------	--------------

**Cod. Paese europeo    Cin    CIN    ABI    CAB    numero di conto corrente (12 cifre)**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE: DA COMPILARE SOLTANTO NEL CASO DI BENEFICIARI CHE  
AUTORIZZANO LA RISCOSSIONE DA PARTE DI UNO DI ESSI**

Nome e cognome della persona intestataria del mandato

Firma \_\_\_\_\_

Nome e cognome di eventuali beneficiari che autorizzano il versamento al soggetto di cui sopra	Firma

**N.B. Allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità di tutti gli aventi diritto.**

**INFORMATIVA PRIVACY:**

Ai sensi dell'articolo 13 d.lgs. 196/2003 (Codice della Privacy), si informa che la raccolta ed il trattamento dei dati personali forniti con la presente istanza sono effettuati per finalità istituzionali, in particolare per la liquidazione di provvidenze a favore delle guide alpine e loro superstiti, ai sensi della l.r. 7 marzo 1997, n.7.

Si rende noto che la Regione Autonoma Valle d'Aosta con sede in Piazza Deffeyes, 1 ad Aosta, in qualità di titolare del trattamento, tratterà i dati personali forniti con strumenti manuali e informatici idonei a garantirne la sicurezza e riservatezza.

Il trattamento dei dati sensibili e giudiziari è svolto ai sensi del R.R. 24.7.2006, n. 2, recante "Trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza dell'Amministrazione regionale, dell'Agenzia regionale sanitaria USL della Valle d'Aosta e degli Enti dipendenti dalla Regione".

Il conferimento dei dati ha natura facoltativa tuttavia risulta essenziale per l'Amministrazione regionale al fine di ottemperare agli obblighi di legge posti in carico alla struttura competente e concludere il procedimento richiesto con la presente istanza

Gli interessati possono esercitare i diritti di cui all'articolo 7 d.lgs. 196/2003 ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

I dati vengono conservati presso gli uffici della Struttura Infrastrutture e Manifestazioni Sportive siti in Loc. Autoporto, 32 a Pollein AO.

Il responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente della Struttura Infrastrutture e Manifestazioni Sportive con sede in Loc. Autoporto, 32 a Pollein AO

**ATTENZIONE: LA PRESENTE DICHIARAZIONE DEVE ESSERE DUPLICATA E PRESENTATA DISTINTAMENTE NEL CASO DI PIU' AVENTI DIRITTO ALL'ASSEGNO**

DICHIARAZIONE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ARTICOLO 23 DEL D.P.R. 29 SETTEMBRE 1973, N. 600, COME RIFORMULATO DAL D. LGS. 2 SETTEMBRE 1997, N. 314, ART. 7, LETTERA D)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in via/fraz. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

consapevole che l'assegno di cui all'art. 21 della legge regionale 7 marzo 1997, n. 7, a favore delle guide e delle aspiranti guide alpine e loro superstiti costituisce un reddito assimilato a lavoro dipendente, ai sensi dell'art. 50, comma 1, lettera i) del testo Unico delle Imposte sui Redditi (D.P.R. 917/86)

**CHIEDE**

di non applicare le detrazioni d'imposta di cui agli articoli 12 e 13, commi 1 e 2, del Testo Unico delle Imposte sui Redditi e di applicare la seguente aliquota IRPEF:

- 23% per redditi complessivi compresi tra 0 e 15.000,00 Euro
- 27% per redditi complessivi oltre 15.000,00 Euro e fino a 28.000,00 Euro
- 38% per redditi complessivi oltre 28.000,00 Euro e fino a 55.000,00 Euro
- 41% per redditi complessivi oltre 55.000,00 Euro e fino a 75.000,00 Euro
- 43% per redditi complessivi oltre a 75.000,00 Euro

***N.B. apporre una "X" in corrispondenza all'aliquota richiesta; in caso di mancata opzione verrà applicata l'aliquota più bassa***

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_