

Assessorato della Sanità Salute e Politiche sociali
Struttura Invalidità Civile
Ufficio tutele e contributi
Loc. Grand Chemin, 4
11020 Saint-Christophe

Oggetto: Domanda di indennità per ricovero ospedaliero ai sensi della legge regionale n. 20/81, da presentare entro sei mesi dalla dimissione ospedaliera, pena l'inammissibilità.

Il sottoscritto.....nato a.....Prov.....
il..... codice fiscaletel/cell.....

RIVOLGE

domanda, a codesto Assessorato, al fine di ottenere la concessione dell'indennità giornaliera ai sensi della legge regionale 21 aprile 1981, n. 20 e della deliberazione della Giunta regionale n. 300 in data 17 febbraio 2012
essendo stato ricoverato dal.....al.....
dal..... al.....
presso l'ospedale/casa di cura di

Inoltre, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero (artt. 30 e 31 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19)

DICHIARA

1) di essere residente nel Comune di.....

Via/Fraz..... n.....

2) di essere iscritto nell'elenco nominativo come coltivatore diretto
al registro imprese come artigiano REA
commerciante REA

3) di essere collaboratore di REA

4) che il codice fiscale/P. Iva dell'Azienda è

5) che il ricovero ospedaliero di cui si tratta è dipendente da malattia SI NO

6) che il ricovero ospedaliero è dipendente da incidente per il quale vi è responsabilità di terzi SI NO

7) che il ricovero ospedaliero di cui si tratta è dipendente da infortunio sul lavoro SI NO

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA, pena l'inammissibilità:

- Documentazione della struttura ospedaliera attestante il periodo di ricovero.

MODALITA' DI LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO

- Conto corrente bancario/postale (formato in totale da 27 caratteri):

COORDINATE BANCARIE COMPLETE DI CONTO					
CODICE IBAN					
2 lettere	2 numeri	1 lettera	5 numeri	5 numeri	12 numeri
STATO	CIN internazionale	CIN nazionale	ABI	CAB	CONTO

- pagamento **in contanti** del beneficio, *per importi inferiori a € 1.000,00 (mille euro)*, art. 12 d.l. 201/2011, presso l'UNICREDIT BANCA Spa

(Segnalare la modalità di pagamento prescelta avendo cura, nel caso di versamento su c/c bancario o postale di compilare esattamente quanto richiesto)

AVVERTENZE

Ai sensi dell'articolo 33 della legge regionale 19/2007, l'Amministrazione regionale 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

Ex articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Ai fini dell'art. 13 d.lgs. 196/2003, si informa che i Suoi dati personali sono trattati per via informatica e/o cartacea, ai fini della concessione delle provvidenze economiche previste dalla legge regionale 10/2003 e successive modificazioni. L'eventuale rifiuto di conferire i dati personali che vengono comunicati e diffusi per fini istituzionali, preclude l'accesso alla provvidenze suddette. 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.

Luogo e data _____

Firma _____
(allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto)

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.

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 dichiarazione sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal/la sig./raidentificato/ 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 firmare.</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 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>