



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)**

- di mantenere lo stato vedovile
- che non vi è stata pronunciata sentenza, passata in giudicato, di separazione
- di avere n° \_\_\_\_\_ figli a carico  di non avere figli a carico

1° figlio \_\_\_\_\_  
*(nome e cognome) (data di nascita) (luogo di nascita) (scuola frequentata/anno di studio)*

2° figlio \_\_\_\_\_  
*(nome e cognome) (data di nascita) (luogo di nascita) (scuola frequentata/anno di studio)*

3° figlio \_\_\_\_\_  
*(nome e cognome) (data di nascita) (luogo di nascita) (scuola frequentata/anno di studio)*

4° figlio \_\_\_\_\_  
*(nome e cognome) (data di nascita) (luogo di nascita) (scuola frequentata/anno di studio)*

5° figlio \_\_\_\_\_  
*(nome e cognome) (data di nascita) (luogo di nascita) (scuola frequentata/anno di studio)*

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Per il/la figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
permanentemente inabile a proficuo lavoro si allega certificato medico (solo in prima istanza .)

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

1° figlio/a _____	_____	_____	_____
(nome e cognome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	(scuola frequentata/anno di studio)
2° figlio/a _____	_____	_____	_____
(nome e cognome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	(scuola frequentata/anno di studio)
3° figlio/a _____	_____	_____	_____
(nome e cognome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	(scuola frequentata/anno di studio)
4° figlio/a _____	_____	_____	_____
(nome e cognome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	(scuola frequentata/anno di studio)
5° figlio/a _____	_____	_____	_____
(nome e cognome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	(scuola frequentata/anno di studio)
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 _____	_____	_____	_____
(nome e cognome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	
<input type="checkbox"/> Padre _____	_____	_____	_____
(nome e cognome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)	
<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 del Regolamento generale sulla protezione dei dati personali UE 2016/679, 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.

Titolare del trattamento è la Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in Piazza Deffeyes, n. 1 - 11100 Aosta, contattabile all'indirizzo pec [segretario\\_generale@pec.regione.vda.it](mailto:segretario_generale@pec.regione.vda.it), che tratterà i dati personali forniti con strumenti manuali e informatici idonei a garantirne la sicurezza e riservatezza.

Il responsabile della protezione dei dati della Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste (DPO) è raggiungibile ai seguenti indirizzi: PEC [privacy@pec.regione.vda.it](mailto:privacy@pec.regione.vda.it) (per i titolari di una casella di posta elettronica certificata) o PEI [privacy@regione.vda.it](mailto:privacy@regione.vda.it).

Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento del procedimento di cui sopra. In caso di rifiuto di conferimento dei dati richiesti non si potrà dare seguito all'istanza cui si riferisce la presente informativa.

L'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli articoli 15 e ss. del Regolamento 2016/679. In particolare, potrà chiedere la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali o opporsi al trattamento nei casi ivi previsti, inviando l'istanza al DPO della Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, raggiungibile agli indirizzi sopra indicati.

L'interessato, se ritiene che il trattamento dei dati personali sia avvenuto in violazione di quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 ha diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento, utilizzando gli estremi di contatto reperibili nel sito: [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it).

I dati vengono conservati presso gli uffici della Struttura Infrastrutture e Manifestazioni Sportive siti in Loc. Autoporto, 32 a Pollein AO secondo il criterio generale suggerito dalla normativa vigente in materia di conservazione, anche ai fini di archiviazione, dei documenti amministrativi e, comunque, di rispetto dei principi di liceità, necessità, proporzionalità, nonché delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti.

Delegato al trattamento dei dati è il Dirigente della S.O. Infrastrutture e Manifestazioni Sportive, Ing. Rossano Balagna (tel. 0165/527633, indirizzo PEI: [turismo@regione.vda.it](mailto:turismo@regione.vda.it)).

I dati personali sono altresì trattati dal personale dipendente della regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, che agisce sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento medesimo. Su tali soggetti sono imposti da parte della Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste opportuni obblighi in materia di protezione dei dati personali attraverso istruzioni operative dirette a garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati.

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_