

ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
ASSESSORATO SANITA', SALUTE E
POLITICHE SOCIALI
Struttura organizzativa invalidità civile e tutele
Ufficio invalidità civile
Loc. La Croix-Noire – Via Croix-Noire, 44
11020 SAINT CHRISTOPHE (AO)
Tel. 0165274635 – fax 0165274626

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 31 della legge regionale 19/2007)

Il/la sottoscritt _____

nat a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ C.A.P. _____

Via/Fraz. _____ n. _____ C.F. _____

tel./cell. _____ e-mail _____

cittadino extracomunitario in possesso di:

- permesso di soggiorno n. _____
data di rilascio _____ data di scadenza _____
- carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo n. _____
data di scadenza _____

=====

nella sua qualità di (da compilare **solo** nel caso in cui l'interessato sia rispettivamente: minore, interdetto, inabilitato, temporaneamente impossibilitato alla firma) Per gli invalidi civili il cui handicap non consente loro di autocertificare, se interdetti o inabilitati, la dichiarazione dovrà essere presentata dai rispettivi rappresentanti legali

rappresentante legale

curatore

procuratore

tutore

amministratore di sostegno

erede/congiunto _____

(ammessi parenti in linea retta o collaterale fino al terzo grado)

di _____

nat a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ C.A.P. _____

Via/Fraz. _____ n. _____ C.F. _____

tel./cell _____ e-mail _____

Impossibilitato a firmare (articolo 36, commi 2 e 3, della legge regionale 19/2007)

Temporaneamente impossibilitato a firmare (articolo 36, comma 4, della legge regionale 19/2007) per il seguente motivo: _____

=====

titolare **dell'indennità di accompagnamento**, con riferimento alla permanenza o meno del requisito di non ricovero in Istituto a titolo gratuito previsto dall'art. 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18,

DICHIARA CHE (barrare la casella interessata)

nell'anno 20..... (passato)

- è stato ricoverato/a dal _____ al _____ presso: a titolo gratuito
 a spese proprie o con contributo di ente pubblico

.....
(nome e indirizzo dell'Istituto ad esclusione dei ricoveri ospedalieri tranne Hospice, RSA, e centri di cura della demenza)

- non è stato ricoverato/a

nell'anno 20..... (in corso)

- è ricoverato/a presso a titolo gratuito
 a spese proprie o con contributo di ente pubblico

.....
(nome e indirizzo dell'Istituto ad esclusione dei ricoveri ospedalieri tranne Hospice, RSA, e centri di cura della demenza)

- è stato ricoverato/a dal _____ al _____ presso a titolo gratuito
 a spese proprie o con contributo di ente pubblico

.....
(nome e indirizzo dell'Istituto ad esclusione dei ricoveri ospedalieri tranne Hospice, RSA, e centri di cura della demenza)

- non è ricoverato/a

AVVERTENZE

Ai sensi dell'articolo 3, comma 5, della legge regionale 11/99, dell'articolo 1, comma 248, della legge 662/1996 e della DGR 1754/2015, **i titolari di indennità di accompagnamento** o chi ne ha la tutela **sono tenuti, entro il 31 marzo di ciascun anno, a presentare** (pena la sospensione dell'erogazione e il recupero delle somme indebitamente percepite), al Servizio invalidità civile dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, **una dichiarazione di responsabilità**, ai sensi della legge regionale 19/2007, **relativa alla sussistenza o meno di uno stato di ricovero in istituto e, in caso affermativo, se a titolo gratuito**. La mancata presentazione della dichiarazione annuale entro il termine stabilito determina l'avvio dei necessari accertamenti ai fini della revoca della provvidenza economica. *Sono esclusi dalla presentazione della dichiarazione gli invalidi civili affetti dalla sindrome di Down.*

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.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, 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. In ogni momento, Lei potrà esercitare i suoi diritti, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679. Il titolare del trattamento dei dati da Lei forniti è la Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in piazza Deffeyes, 1 - 11100 Aosta, contattabile all'indirizzo PEC segretario_generale@pec.regione.vda.it.

Data _____

Firma _____

(allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto del firmatario e dell'interessato se diversi)

IL RICEVENTE

ha accertato l'identità del dichiarante

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.

Si impegna, inoltre, a segnalare all'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, non oltre i trenta giorni dal suo verificarsi, ogni evento che modifichi il contenuto della presente dichiarazione.