

ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
ASSESSORATO REGIONALE SANITA', SALUTE E
POLITICHE SOCIALI
 Servizio Invalidità Civile
 Loc. Grand Chemin, 4
 11020 SAINT CHRISTOPHE (AO)
 Tel. 0165/273111 – fax 0165/274626

Il sottoscritt _____
 nat_ a _____ Prov. _____ il _____
 residente in _____ via/fraz _____ n° _____
 c.a.p. _____ professione _____ stato civile _____
 recapito telefonico _____ cellulare _____
 codice fiscale _____ e-mail _____

nella sua qualità di (da compilare solo nel caso in cui l'interessato sia rispettivamente: minore, interdetto, inabilitato, temporaneamente impossibilitato alla firma)

- rappresentante legale tutore curatore
 amministratore di sostegno procuratore congiunto

di _____
 nat_ a _____ Prov. _____ il _____
 residente in _____ via/fraz _____ n° _____
 c.a.p. _____ professione _____ stato civile _____
 recapito telefonico _____ cellulare _____
 codice fiscale _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere/che lo stesso venga sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi della legge regionale 7 giugno 1999, n° 11, per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità, quale:

- invalido civile** - ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni - indicare ai soli fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295 se minorato psichico: sì no
- cieco civile** - ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382 e successive modificazioni e integrazioni
- sordomuto** - ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381 e successive modificazioni e integrazioni
- persona handicappata** - ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (specificare il motivo):
-
- persona disabile** – ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68 – art. 1 – (accertamento condizioni di disabilità che danno diritto all'accesso al sistema per l'inserimento lavorativo)

(AVVERTENZE: barrare con una «X» la casella corrispondente al riconoscimento richiesto)

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato di invalidità civile o alla minorazione che sarà riconosciuta dalla Commissione medica collegiale.

Sin d'ora chiede con la presente istanza che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciuta, nonché ai redditi posseduti.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto disposto dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara ai sensi degli articoli 30 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19 e n. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, quanto segue:

di essere/che lo stesso è:

- a) nat__ a _____ provincia di _____ il _____
- b) cittadino italiano
- cittadino UE iscritto all'anagrafe del Comune di _____ dal _____
- 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 _____
- c) residente in _____
- d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro;
- e) di essere titolare di rendita INAIL per l'anno _____ ammontante a euro _____
(allegare attestato invalidità rilasciato dall'Istituto);
- f) di aver posseduto/ha posseduto ai fini I.R.Pe.F. per l'anno _____ un reddito ammontante a euro _____ e di avere un reddito presunto per l'anno in corso ammontante a euro _____
- g) in possesso del seguente titolo di studio _____
- h) che il nucleo familiare è composto da n. _____ persone

CHIEDE INOLTRE che tutte le comunicazioni vengano inviate al seguente indirizzo:

presso _____
nat__ a _____ Prov. _____ il _____
residente in _____ via/fraz _____ n° _____
c.a.p. _____ professione _____ stato civile _____
recapito telefonico _____ cellulare _____
codice fiscale _____ e-mail _____

Si impegna, inoltre, a segnalare all'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, non oltre i trenta giorni dal suo verificarsi, qualsiasi nuova liquidazione di pensione, l'eventuale trasferimento di residenza ed ogni altro evento che modifichi il contenuto della presente dichiarazione.

- Allega alla presente domanda: _____

- Altra documentazione integrativa: _____

Dichiara di essere consapevole che qualora emergessero delle patologie tali da poter influire negativamente su particolari autorizzazioni (idoneità alla guida, porto d'armi, ecc..) la Commissione medica provvederà ad domanda modulo su a4 internet 2012.doc - rev. JD

informare l'Autorità competente per eventuali verifiche e che i dati personali, anche sensibili, saranno trattati nel pieno rispetto dei principi di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

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

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.

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.

AVVERTENZE

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.

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 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.</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 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</p> <p>Data Firma del funzionario incaricato</p>