

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. 0165/274635 – fax 0165/274626

Dichiarazione sostitutiva della CERTIFICAZIONE DELLA SITUAZIONE LAVORATIVA

(art. 1 comma 35 della legge 247/2007 e art. 30 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)

- tutore curatore congiunto
 amministratore di sostegno procuratore

di _____

nat__a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ C.A.P. _____

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

tel./cell. _____ e-mail _____

riconosciuto invalido civile nella misura del _____, a decorrere dal _____.

DICHIARA CHE (barrare la casella interessata)

● **nell'anno 20....** (passato)

<input type="checkbox"/>	HA PRESTATO ATTIVITA' LAVORATIVA DAL	
<input type="checkbox"/>	AUTONOMA CON UN REDDITO IMPONIBILE ANNUO PARI A	€
<input type="checkbox"/>	DIPENDENTE CON UN REDDITO IMPONIBILE ANNUO PARI A	€
<input type="checkbox"/>	E' STATO OCCUPATO AI SENSI DELLA LEGGE 12 MARZO 1999, N. 68 E DEL DECRETO LEGISLATIVO 10 SETTEMBRE 2003, N. 276 (COOPERATIVE SOCIALI E CONVENZIONI-QUADRO) CON UN REDDITO IMPONIBILE ANNUO PARI A	€
<input type="checkbox"/>	NON HA PRESTATO ALCUNA ATTIVITA' LAVORATIVA	

● **nell'anno 20....** (in corso)

<input type="checkbox"/>	PRESTA ATTIVITA' LAVORATIVA DAL	
<input type="checkbox"/>	AUTONOMA CON UN REDDITO PRESUNTO IMPONIBILE ANNUO PARI A	€
<input type="checkbox"/>	DIPENDENTE CON UN REDDITO PRESUNTO IMPONIBILE ANNUO PARI A	€
<input type="checkbox"/>	E' OCCUPATO AI SENSI DELLA LEGGE 12 MARZO 1999, N. 68 E DEL DECRETO LEGISLATIVO 10 SETTEMBRE 2003, N. 276 (COOPERATIVE SOCIALI E CONVENZIONI-QUADRO) CON UN REDDITO PRESUNTO IMPONIBILE ANNUO PARI A	€
<input type="checkbox"/>	NON PRESTA ALCUNA ATTIVITA' LAVORATIVA	

AVVERTENZE

Ai sensi dell'art. 3, comma 5 della legge regionale 11/1999, dell'art. 13 della legge 18/1971 e della DGR 1754/2015, **i titolari di assegno mensile d'invalidità** o chi ne ha la tutela **sono tenuti, entro il 30 aprile di ciascun anno a presentare** (pena la sospensione dell'erogazione e il recupero delle somme indebitamente percepite), alla Struttura 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 allo svolgimento di una attività lavorativa**. La mancata presentazione della dichiarazione annuale entro il termine stabilito determina l'avvio dei necessari accertamenti ai fini della revoca della provvidenza economica.

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 sopracitata 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 ¹⁾ _____

(allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto)

1) 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.

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./ra</p> <p>.....identificato/ 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</p> <p>..... 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>