da compilarsi sempre

_l_ sottoscritt_, si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

_l_ sottoscritt_, è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risulteranno indebitamente percepite.

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.

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.**

INFORMATIVA SULLA PRIVACY resa ai sensi degli articoli 13 del Regolamento UE 2016/679

TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI E DATI DI CONTATTO

Il titolare del trattamento dei dati è la Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in Piazza Deffeyes, 1 – Aosta, contattabile all'indirizzo pec: segretario_generale@pec.regione.vda.it

DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) della Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, incaricato di garantire il rispetto delle norme per la tutela della privacy, è raggiungibile ai seguenti indirizzi PEC: privacy@pec.regione.vda.it (per i titolari di una casella di posta elettronica certificata) o PEI: privacy@regione.vda.it. con una comunicazione avente la seguente intestazione "all'attenzione del DPO della Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste".

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I dati forniti saranno trattati da personale autorizzato della Struttura organizzativa invalidità civile, disabilità e tutele anche in forma elettronica, per le finalità istituzionali connesse al procedimento amministrativo per il quale sono comunicati, relativo al servizio invalidità civile ai sensi della l.r. 11/1999 e delle relative disposizioni applicative di cui alla DGR. n. 1754/2015 e successive modificazioni.

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.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati forniti saranno conservati in formato cartaceo e/o digitale durante il periodo suggerito dalla normativa vigente in materia di conservazione, anche ai fini di archiviazione, dei documenti amministrativi e, comunque, nel rispetto dei principi di liceità, necessità, proporzionalità, nonché delle finalità per le quali sono stati raccolti.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà in ogni tempo esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento. In particolare potrà richiedere la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati 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 indicati nella presente informativa.

RECLAMO AL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI

L'interessato, se ritiene che il trattamento dei dati personali sia avvenuto in violazione di quanto previsto sal Regolamento UE 2016/679, ha diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, si sensi dell'art. 77 del Regolamento, utilizzando gli estremi di contatto reperibili sul sito www.garanteprivacy.it.

Data _____ FIRMA _____

(allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto)

UADRO A

Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare.

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.

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.

Data _____ Firma del funzionario incaricato _____

QUADRO B

Dichiarazione di temporaneo impedimento a sottoscrivere.

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 *(allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto).*

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 ……

Data ..... Firma del funzionario incaricato .....

(Utenti ultrasessantasettenni con indennità di accompagnamento)

RICHIESTA DI RISCOSSIONE BENEFICIO INVALIDITA' CIVILE

Il sottoscritto .....

nato il ..... …….. a ..... (provincia .....)

residente in ..... …….. Prov……. C.A.P. ……..……

Via/Fraz ..... ……..…….. tel./cell……

Codice fiscale invalido | | | | | | | | | | | | | | | |

C H I E D E

che tutte le comunicazioni vengano inviate al seguente indirizzo:

presso …….

nato il ..... a ..... (provincia .....)

residente in ..... ……..…….. Prov……..…… C.A.P. ……

Via/Fraz ..... ……..……..

tel./cell……..……

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

di riscuotere le provvidenze nel seguente modo:

QUADRO A

☐ accreditamento su conto corrente o mediante l'utilizzo di altri strumenti di pagamento elettronici, del quale **l'invalido civile è titolare o cointestatario** presso la banca/posta

..... sportello .....

indirizzo ..... cap ……..

IBAN | I | T | | | | | | | | | | | | | | |

Riservato a tutori, curatori, amministratori di sostegno e procuratori

Il sottoscritto .....

nato il …….…….. a ..... (provincia .....)

residente in..... …….. Prov…… c.a.p ……..…

Via/Fraz ..... …….…….. tel./cell……

Codice fiscale rappresentante legale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

nella sua qualità di: ☐ **tutore** ☐ **curatore** ☐ **amministratore di sostegno** ☐ **procuratore**
(barrare la casella interessata solo nel caso di minore o rappresentante legale)

di ……

nato il ..... a ..... (provincia .....)

residente in..... …….…….. Prov…….…… c.a.p ……

Via/Fraz ..... …….…….. tel./cell……

Codice fiscale invalido ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

chiede di riscuotere le provvidenze nel seguente modo:

QUADRO B

☐ accreditamento su conto corrente o mediante l'utilizzo di altri strumenti di pagamento elettronici, del quale **l'invalido civile è titolare** presso la banca/posta .... ……
sportello …… indirizzo ..... …… cap ……

IBAN I T ☐☐ ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CIN ABI CAB NUMERO CONTO

Non è ammesso IBAN POSTE ITALIANE SPA Filiale POSTE LIBRETTI ABI: 07601 CAB: 03384

Preso atto e d'accordo con quanto sopra (firma del/i **cointestatario/i** del conto suindicato)

Nome e Cognome	Indirizzo	Firma

autorizzando **l'Amministrazione Regionale** all'eventuale **recupero** di somme erogate e non spettanti per mancanza di uno dei requisiti previsti dalla legge o per decesso del titolare della provvidenza economica.

(data) ……

(timbro e firma della banca/posta) ……..…….. ***(firma)*** ……

OBBLIGO DI VIDIMAZIONE DA PATRTE DELLA BANCA O POSTA

Se la presente richiesta è inviata via fax, allegare la **fotocopia di un documento di identità**[1].

[1] *articolo 35 della l.r. 19/2007*

QUADRO C

Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare.

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.

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.

Data_____ Firma del funzionario incaricato _____

(Utenti ultrasessantasettenni con indennità di accompagnamento)

RISERVATO AL PROTOCOLLO

ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
ASSESSORATO REGIONALE SANITA', SALUTE E POLITICHE SOCIALI
Struttura invalidità civile e interventi per la disabilità
Loc. La Croix-Noire – Via Croix-Noire, 44
11020 SAINT CHRISTOPHE (AO)
Tel. 0165/274635 – fax 0165/274626

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE\

(art. 30 e 31 della legge regionale 19/2007)

_ l_ sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____ residente in _____ via/fraz. _____ n° ____ C.A.P. _____
tel./cell _____ e-mail _____

stato civile _____ codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

nella sua qualità di: □ rappresentante legale □ tutore □ curatore □ amministratore di sostegno □ procuratore □ erede □ congiunto *(da compilare solo nel caso in cui l'interessato sia rispettivamente: minore, interdetto, inabilitato, temporaneamente impossibilitato alla firma)*

di _____ nat__ a _____ il _____ residente in _____ via/fraz. _____ n° ____ C.A.P. _____
tel./cell _____ e-mail _____

stato civile _____ codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

al fine della concessione dei benefici economici eventualmente spettanti in relazione al tipo ed al grado della minorazione riconosciuta

DICHIARA

□ di essere □ che lo/a stesso/a è/era
○ cittadino italiano ○ cittadino UE

□ cittadino extracomunitario titolare di:
○ permesso di soggiorno n° _____ data di scadenza _____
○ carta o permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo n° _____ _____ data di scadenza _____ *(allegare copia carta o permesso di soggiorno)*

□ coniugato/a □ vedovo/a □ celibe/nubile □ separato/a □ divorziato/a □ convivente

che i componenti la famiglia anagrafica sono i seguenti:

N.ro	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1				
2				
3				
4				

da compilarsi ogni anno entro il 31 marzo con apposita dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

nell'anno 20…. (di presentazione della domanda)

❑ è ricoverato/a dal _____ ❑ a titolo gratuito ❑ a spese proprie o con contributo di ente pubblico

presso ……
(nome e indirizzo dell'Istituto)

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

presso ……
(nome e indirizzo dell'Istituto)

nell'anno 20…… (in corso)

❑ è ricoverato/a dal _____ ❑ a titolo gratuito ❑ a spese proprie o con contributo di ente pubblico

presso ……
(nome e indirizzo dell'Istituto)

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

presso ……
(nome e indirizzo dell'Istituto)

❑ non è ricoverato/a a titolo gratuito ❑ di non usufruire di alcuna indennità di accompagnamento
❑ di fruire della seguente indennità di accompagnamento _____
❑ la minorazione non deriva da causa di guerra né di servizio né da infortunio sul lavoro