

ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA  
 ASSESSORATO REGIONALE SANITA', SALUTE E  
 POLITICHE SOCIALI  
 Invalidità Civile  
 Loc. Grand Chemin, 4  
 11020 SAINT CHRISTOPHE (AO)  
 Tel. 0165273111 – fax 0165274626

### SCELTA TRATTAMENTO PIÙ FAVOREVOLE TRA ASSEGNO MENSILE PER INVALIDITÀ CIVILE E ASSEGNO ORDINARIO D'INVALIDITÀ IO INPS

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via/Fraz. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

tel./cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> rappresentante legale | <input type="checkbox"/> tutore  |
| <input type="checkbox"/> curatore              | <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno                    |
| <input type="checkbox"/> procuratore           | <input type="checkbox"/> erede/congiunto (specificare parentela) _____ |
- 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 **di assegno mensile d'invalidità** e titolare **di assegno ordinario d'invalidità IO INPS**  
 cat. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

### SCEGLIE DI OPTARE PER (*barrare la casella interessata*)

- assegno mensile d'invalidità erogato dalla Regione Autonoma Valle d'Aosta
- assegno ordinario d'invalidità IO INPS

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
 (allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto  
 del firmatario e dell'invalido se diversi)

IL RICEVENTE

Ha accertato l'identità del dichiarante

\_\_\_\_\_

## **AVVERTENZE**

### **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.