

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

I _____ 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 | | | | |

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)
- 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

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

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 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.

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.

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.

Data

FIRMA
(allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto)

| | |
|-----------------|---|
| 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 sottoscrivere.</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> |

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CHIEDE

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:

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

IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CIN ABI CAB NUMERO CONTO

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 beneficiario)

(in caso di incapacità/impossibilità a firmare compilare il quadro C a pag. 2)

OPPURE ⇨

(Utenti ultrasessantacinquenni con indennità di accompagnamento)

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/genitore

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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:

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

QUADRO B

IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CIN ABI CAB NUMERO CONTO

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)

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

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 196/2003

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.

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