

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

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

nella qualità di erede:

di _____
nat__ a _____ Prov. _____ il _____
residente in _____ via/fraz _____ n° _____
codice fiscale _____ che aveva presentato domanda di riconoscimento
dell'invalidità civile in data _____ è deceduto in data _____ senza aver
potuto sottoporsi a visita di accertamento

CHIEDE

l'accertamento sanitario post mortem.

➤ Allega alla presente domanda:

- ☐ documentazione sanitaria
- ☐ eventuale altra documentazione integrativa:

Data _____

Firma _____
(allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto)

AVVERTENZE

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 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.

QUADRO 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 dichiarazione sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal/la sig./raidentificato/ 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 firmare. 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>). Si attesta che la dichiarazione sopra riportata 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.r/a ha il seguente impedimento temporaneo a firmare Data Firma del funzionario incaricato