DICHIARA

che il/la minore di cui sopra:

Quadro A (da compilarsi sempre)

- NON è ricoverato/a in alcun istituto a carattere continuativo e permanente

Quadro B (da compilarsi sempre)

- ha posseduto redditi propri, calcolati agli effetti dell'I.R.Pe.F., per l'anno _____ € _____
- NON ha posseduto redditi propri, calcolati agli effetti dell'I.R.Pe.F., per l'anno _____

Quadro C (da compilarsi solo nel caso di riconoscimento dell'indennità di frequenza a minori che frequentano asili nido pubblici o privati, scuole dell'infanzia pubbliche o private, centri di formazione, addestramento finalizzato al reinserimento, centri specializzati nel trattamento terapeutico o di riabilitazione)

frequenta / ha frequentato:

- asili nido
presso _____ dal _____ al _____
- scuole dell'infanzia
presso _____ [1] - [2] - [3] anno
- centri di formazione
presso _____ dal _____ al _____
- centri di addestramento finalizzato al reinserimento sociale dei minori invalidi
presso _____ dal _____ al _____
- centri ambulatoriali o centri diurni, anche di tipo semiresidenziale, pubblici o privati, purché operanti in regime convenzionale, specializzati nel trattamento terapeutico o nella riabilitazione e nel recupero di persone portatrici di handicap
presso _____ dal _____ al _____

Quadro D (da compilarsi solo nel caso di riconoscimento dell'indennità di frequenza a minori di età compresa tra i 5/6 anni e fino al compimento del 18° anno che frequentano scuole pubbliche o private che impartiscono l'istruzione obbligatoria)

nell'anno scolastico _____/_____ è iscritto/a

- al 1° ciclo della scuola dell'obbligo: [1] - [2] - [3] - [4] - [5] anno - (elementare)
[1] - [2] - [3] anno - (media)
- alla scuola di istruzione secondaria superiore/formazione professionale: [1] - [2] - [3] - [4] - [5] anno

presso la struttura: [pubblica] - [privata]
(nome struttura) _____

Quadro E (opzione di incompatibilità con altre indennità da compilarsi sempre)

- non è titolare di altre prestazioni erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile
- è titolare di altra/e prestazione/i di indennità erogata/e a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile e di voler optare per:
- l'indennità/le indennità di cui è già titolare
 - l'indennità di frequenza

Quadro F (modalità di pagamento da compilarsi sempre)

11. Ai minori, già titolari di indennità di frequenza, che abbiano provveduto a presentare domanda entro i sei mesi precedenti il compimento della maggiore età, sono riconosciute, in via provvisoria, al compimento del diciottesimo anno d'età, le prestazioni erogabili agli invalidi maggiorenni, fino alla visita della commissione collegiale.

12. Ai minori titolari di indennità di accompagnamento per invalidità civile o cecità, o di comunicazione per sordità ed ai soggetti affetti da menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti, al compimento del diciottesimo anno d'età, previa presentazione della domanda nei sei mesi precedenti, sono attribuite le prestazioni economiche erogabili agli invalidi maggiorenni, senza ulteriori accertamenti sanitari, ferma restando la sussistenza degli altri requisiti previsti dalle norme vigenti.

Il rappresentante legale si impegna a dare tempestiva comunicazione dell'eventuale cessazione della partecipazione a tali corsi scolastici, asili nido, centri di formazione, addestramento finalizzato al reinserimento, centri specializzati nel trattamento terapeutico o di riabilitazione (nonché a comunicare, entro 30 giorni, qualsiasi variazione reddituale, l'eventuale trasferimento della residenza, l'eventuale perdita della cittadinanza italiana e di ogni altro evento che modifichi il contenuto di cui sopra nei riguardi del/della minore) e a restituire i ratei che risultassero indebitamente percepiti.

Il rappresentante legale si impegna a consegnare, unitamente a tale modulo, fotocopia della carta d'identità, dell'eventuale permesso di soggiorno e documentazione attestante la frequenza a centri ambulatoriali.

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.

Luogo e data _____

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

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.

AVVERTENZE

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.

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 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 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>