a 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 I.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

⋖

UADRO

Ω

QUADRO

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)	
·		Ī

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.

Data _____ Firma del funzionario incaricato

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	а	me	dal/la	Sig./ra
					id	entifica	ato/a med	diante					
il/la q	uale mi ha	altresì d	dichiar	ato, in qualità	di		ch	e il/la Sig	j./ra				ha
il seg	uente impe	dimento	tempo	oraneo a firma	are								
Data						Firma	a del funzi	onario ind	caricato				

(Utenti ultrasessantacinquenni con indennità di accompagnamento)

RICHIESTA DI RISCOSSIONE BENEFICIO INVALIDITA' CIVILE

n:	-1- 9				
	ato il				•
	esidente in /ia/Fraz				
	Codice fiscale invalido				
		CHIE	E D E		
cl	he tutte le comunicazioni vengano i	nviate al seguente	indirizzo:		
р	resso				
n	ato il a	a		(provincia)
re	esidente in		Prov	C.A.P	
٧	/ia/Fraz				
te	el./cell				
С	Codice fiscale				
d	di riscuotere le provvidenze nel segu	uente modo:			
		•	esso la banca/posta	sportello	
	indirizzoIBAN I T L L CIN	ABI	CAB	cap NUMERO CON	
	indirizzo IBAN I T L CIN Preso atto e d'accordo con quanto s	ABI sopra (firma del/i c o	CAB ointestatario/i del ca	NUMERO CON	
	indirizzoIBAN I T L L CIN	ABI sopra (firma del/i c o	CAB	cap NUMERO CON	
	indirizzo IBAN I T L CIN Preso atto e d'accordo con quanto s	ABI sopra (firma del/i c o	CAB ointestatario/i del ca	NUMERO CON	
	indirizzo IBAN I T L CIN Preso atto e d'accordo con quanto s	ABI sopra (firma del/i c o	CAB ointestatario/i del ca	NUMERO CON	
	indirizzo IBAN I T L CIN Preso atto e d'accordo con quanto s	ABI sopra (firma del/i c o	CAB ointestatario/i del ca	NUMERO CON	
	indirizzo IBAN I T L CIN Preso atto e d'accordo con quanto s	ABI sopra (firma del/i co	CAB ointestatario/i del co dirizzo uale recupero di	NUMERO CON onto suindicato) Firma somme erogate e non s	
	IBAN I T CIN Preso atto e d'accordo con quanto s Nome e Cognome autorizzando l'Amministrazione Re	ABI sopra (firma del/i co	CAB ointestatario/i del co dirizzo uale recupero di	NUMERO CON onto suindicato) Firma somme erogate e non s	

OPPURE ⇒

(Utenti ultrasessantacinquenni con indennità di accompagnamento)

	Riservato a tutori, cu	rator	i, amn	nini:	stra	itori	di s	oste	gno	э <i>е</i>	pro	cu	ırato	ori				
I	I sottoscritto																	
r	nato il	(provincia)																
		Prov c.a.p									•							
			tel./cell															
	Codice fiscale rappresentante leg																	
		-															j	
r	nella sua qualità di: 🗖 tutore 🗖 (barrare la d													atore	;			
C	di																	
r	nato il (provincia)										.)							
r	residente in				P	rov.					c.a.	р						
\	Via/Fraz					te	el./ce	II										
(Codice fiscale invalido					П	\top	П	\Box	П	$\overline{}$	\top			\top		1	
					<u></u>					Ш							j	
C	chiede di riscuotere le provvidenz	ze nel	seguent	te mo	odo:													
	accreditamento su cont	to cori	rente o	med	liante	ə l'uti	lizzo	di alt	tri st	rume	enti	di	oaga	men	to el	ettro	onic	:d€
	quale l'invalido civile è																	
			-			-												
	sportello				III	JIIIZZ	0								. Cap)	••••	
	IBAN I T	1 1	ı	J	1 1	ĺ	1	1 1		1	1	ı		l	1 1	1	ı	I
m					JL		<u></u>		L				·- 1					
0	CIN ABI CAB NUMERO CONTO																	
DR	Preso atto e d'accordo con qua	Preso atto e d'accordo con quanto sopra (firma del/i cointestatario/i del conto suindicato)																
QUADRO	Nome e Cognome Indirizzo Firma																	
σ	Nome e Cognome				ITIGITIZZO					Гипа								
										+								
										-								
	autorizzando l'Amministrazion	ne Re	gionale	all'	even	 ıtualє	rec	upero	 o di	som	ıme	ero	— ogate	e r	ion s	 spet	tan	ıti pe
<u> </u>	mancanza di uno dei requisiti p																	
(data))																	
(Uaiu ₎																		
(timbi	ro e firma della banca/posta)						. (firn	1a)										
	\ <u>\</u>																	
			GO DI VIDIM TRTE DELLA															
r			O POSTA														'n	
	a presente richiesta è inviata via colo 35 della l.r. 19/2007	fax, al	legare la	a <u>fot</u>	ocor	<u>pia d</u>	<u>i un </u>	docu	<u>men</u>	to d	i ide	<u>enti</u>	<u>tà</u> 1.					
aruo	:010 35 delia i.i. 19/2007																	
	Dichiarazione di incapacità/impossil	hilità a	firmare.															
	Ai sensi dell'articolo 36, commi 2 e 3,			onale	19/20)07, la	dichi:	arazion	e di (chi n	on s	ао	non r	ouò fii	mare	è ra	accc	olta da
ပ	dipendente competente a riceverla, pre												-					
ဝွ	stata a lui resa dall'interessato in prese																	
QUADRO	Si attesta che la presente dichiaraz	zione è	stata re	sa di	inanzi	a m	e dal/	la Sig.	./ra									
Ž Ž	identificato/a mediante							il/la	quale	, m	ıi h	na	altres	sì di	chiara	ito	che	e h
Ġ	un'incapacità/impossibilità a firmare.																	
	Data			Fin	ma de	funz اد	ionaric	o incario	cato									
	Data				a ao		onano	mount	Julo									

RISERVATO AL PROTOCOLLO

da compilarsi <u>ogni anno</u> entro il 31 marzo con apposi dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. 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)

_ '_	sottoscritt reside		_ nat_ a	
	reside	nte in	n° C.Δ	via/fraz
tel./ce	reside	e-mail		
	sivile codice fiscale			
□ proc <i>minore</i>	ua qualità di: 🗆 rappresentan uratore 🗅 erede 🗘 congiu e, interdetto, inabilitato, temporar	nto <i>(da compilare sold</i> neamente impossibilita	nel caso in cui l'inter to alla firma)	ressato sia rispettivamente
	reside	nte in		via/fraz
tel./ce	reside	e-mail	n° G.A	A.P
	codice fiscale			
	della concessione dei benefici e azione riconosciuta	economici eventualmer	_	ne al tipo ed al grado della
cit	essere che lo/a s cittadino italiano cittadin tadino extracomunitario titolare c permesso di soggiorno n° carta o permesso di soggior data di scadenza	stesso/a è/era no UE di: (rno CE per soggiorn	data di scadenza anti di lungo period	o n°
	ugato/a 🗆 vedovo/a 🕏 celil componenti la famiglia anagrafica		to/a 🗆 divorziato/a	□ convivente
N.ro	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1				
2				
3				
4				
	nell'anno .	20 (di presentazi	one della domanda	a)
□ è ı	icoverato/a dal	☐ a titolo gratuito ☐	a spese proprie o con co	ontributo di ente pubblico
presso)	(nome e indirizzo dell	H-44.4-A	
□ è s	stato ricoverato/a dal	al	a titolo gratuito proprie o con contribut	o di ente pubblico
presso)			
		nell'anno 20	·	
□ è r	ricoverato/a dal			ontributo di ente pubblico
)			
□ ès	stato ricoverato/a dal	al a spese	■ a titolo gratuito proprie o con contribut	o di ente pubblico
🗖 di	n è ricoverato/a a titolo gratuito fruire della seguente indennità di ac minorazione non deriva da causa di	(nome e indirizzo della di non usufruire compagnamento	<i>'Istituto)</i> di alcuna indennità di ac	

(Utenti ultrasessantacinquenni con indennità di accompagnamento)