

Riservato ai genitori, 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: genitore 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 **l'invalido civile è titolare** presso la banca/posta
 sportelloindirizzo cap
Non è ammesso IBAN POSTE ITALIANE SPA Filiale POSTE LIBRETTI ABI: 07601 CAB: 03384

QUADRO B
 IBAN
 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) **OBBLIGO DI VIDIMAZIONE DA PARTE DELLA BANCA/POSTA** (firma GENITORE 1).....
 (data) (firma GENITORE 2).....
(timbro e firma della banca/posta)

Se la presente richiesta è inviata via fax, allegare la **fotocopia di un documento di identità.** (articolo 35 della l.r. 19/2007)

INFORMATIVA SULLA PRIVACY resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, 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. In ogni momento, Lei potrà esercitare i suoi diritti, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679. Il titolare del trattamento dei dati da Lei forniti è la Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in piazza Deffeyes, 1 – 11100 Aosta, contattabile all'indirizzo PEC segretario_generale@pec.regione.vda.it.

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

QUADRO D
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 (allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto).
 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

