

**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 della
CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA**

(art. 30 della l.r. 19/2007)

Il/la sottoscritt _____ nat_a _____
Prov. _____ il _____ residente in _____
C.A.P. _____ Via/Fraz. _____
n. _____ tel./cell. _____ e-mail _____

nella sua qualità di rappresentante legale del/la minore _____
nat_a _____ Prov. _____ il _____ residente
in _____ C.A.P. _____ Via/Fraz. _____ n. _____

DICHIARA CHE

Quadro A (da compilare solo nel caso di **NON frequenza**)

- NON frequenta 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 o scuole, pubbliche o private, di ogni ordine e grado.

Quadro B (da compilare 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 _____ --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 C (da compilare 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: ---- anno – (elementare)
-- anno – (media)

alla scuola di istruzione secondaria superiore/formazione professionale: ---- anno

presso la struttura: pubblica – privata
(nome struttura) _____

Quadro D (Opzione di incompatibilità con altre indennità da compilare nel caso di riconoscimento della indennità di frequenza)

- 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

AVVERTENZE

L'indennità di frequenza viene concessa solo per il periodo effettivamente frequentato.

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 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.

Luogo e data _____

FIRMA GENITORE 1 _____

Luogo e data _____

FIRMA GENITORE 2 _____

(allegare entrambe le fotocopie dei documenti d'identità validi)

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	<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</p> <p>..... 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</p> <p>..... identificato/a mediante il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di che il/la sig./a ha il seguente impedimento temporaneo a firmare</p> <p>Data Firma del funzionario incaricato</p>