

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 30 e 31 della legge regionale 19/2007)

I sottoscritt _____ nat _____ a
_____ il _____ residente in
_____ via/fraz. _____ n° _____
C.A.P. _____ tel./cell _____ e-mail _____

stato civile _____ codice fiscale

nella sua qualità di: rappresentante legale tutore curatore amministratore di sostegno
 procuratore erede congiunto (da compilare solo nel caso in cui l'interessato sia rispettivamente: minore, interdetto,
inabilitato, temporaneamente impossibilitato alla firma)

di _____ nat _____ a _____ il _____
_____ residente in _____ via/fraz. _____
_____ n° _____ C.A.P. _____

tel./cell _____ e-mail _____

stato civile _____ codice fiscale

al fine della concessione dei benefici economici eventualmente spettanti in relazione al tipo ed al grado della
minorazione riconosciuta

DICHIARA

- di essere che lo/a stesso/a è/era
 cittadino italiano cittadino UE
 cittadino extracomunitario titolare di:
 permesso di soggiorno n° _____ data di scadenza _____
 carta o permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo n° _____ data
di scadenza _____ (allegare copia carta o permesso di soggiorno)

coniugato/a vedovo/a celibe/nubile separato/a divorziato/a convivente
che i componenti la famiglia anagrafica sono i seguenti:

N.ro	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1				
2				
3				
4				

nell'anno 20... (di presentazione della domanda)

è ricoverato/a dal _____ a titolo gratuito a spese proprie o con contributo di ente pubblico
presso
(nome e indirizzo dell'Istituto)

è stato ricoverato/a dal _____ al _____ a titolo gratuito
 a spese proprie o con contributo di ente pubblico
presso
(nome e indirizzo dell'Istituto)

nell'anno 20... (in corso)

è ricoverato/a dal _____ a titolo gratuito a spese proprie o con contributo di ente pubblico
presso
(nome e indirizzo dell'Istituto)

è stato ricoverato/a dal _____ al _____ a titolo gratuito
 a spese proprie o con contributo di ente pubblico
presso
(nome e indirizzo dell'Istituto)

- non è ricoverato/a a titolo gratuito di non usufruire di alcuna indennità di accompagnamento
 di fruire della seguente indennità di accompagnamento _____
 la minorazione non deriva da causa di guerra né di servizio né da infortunio sul lavoro

da compilarsi ogni anno entro il 31 marzo con apposita
dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

I sottoscritt _____, si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto, 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 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.

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 l.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

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 dal Regolamento UE 2016/679, ha diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, utilizzando gli estremi di contatto reperibili sul sito www.garanteprivacy.it.

Data _____

FIRMA GENITORE 1 _____

Data _____

FIRMA GENITORE 2 _____

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

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 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.</p> <p>Data _____ Firma del funzionario incaricato _____</p>
QUADRO B	<p>Dichiarazione di temporaneo impedimento a sottoscrivere.</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 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</p> <p>Data _____ Firma del funzionario incaricato _____</p>

