

**ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
ASSESSORATO REGIONALE SANITA',
SALUTE E POLITICHE SOCIALI**
Struttura organizzativa invalidità civile e tutele
Ufficio invalidità civile
Loc. La Croix-Noire – Via Croix-Noire, 44
11020 SAINT-CHRISTOPHE (AO)
Tel. 0165/274635 – fax 0165/274626

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DELL'INTEGRAZIONE REGIONALE AL TRATTAMENTO PENSIONISTICO DEGLI EX – COMBATTENTI, AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 7 AGOSTO 2002, N. 17.

__1__ sottoscritt__ _____, trovandosi nelle condizioni di cui all'art.1 della l.r. 17/2002, rivolge domanda al fine di ottenere la concessione dell'integrazione regionale al trattamento pensionistico degli ex – combattenti.

A tal fine consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero, ai sensi degli art. 30, 31, 35 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19

DICHIARA

1. di essere nat__ a _____ (prov. __) il _____
 2. di essere residente in _____ a decorrere dal _____
Via/Fraz. _____ domicilio (se diverso dalla residenza) _____
 3. di essere titolare del codice fiscale _____ Tel. _____
 4. di essere titolare di pensione n. _____ categoria _____ a decorrere dal _____
 5. di avere diritto alla reversibilità dell'assegno in qualità di _____ dell'ex - combattente:
_____ nato a _____ il _____
(cognome e nome)
e deceduto il _____, e di essere titolare della pensione di reversibilità n. _____
categoria _____ a decorrere dal _____
 6. di avere presentato domanda di maggiorazione della pensione per ex – combattenti, ai sensi dell'articolo 6 della legge 544/1988 e dell'articolo 6 della legge 140/1985, alla sede Inps di _____ in data _____, e di godere di non godere della maggiorazione di cui trattasi.
 7. di non usufruire dei benefici di cui alla legge 1746/1962.
 8. di essere in possesso della qualifica di:

<input type="checkbox"/> Ex Combattente (di aver partecipato alle operazioni di guerra sul fronte _____).	<input type="checkbox"/> Vedova di guerra iscritta negli elenchi della Prefettura di _____
<input type="checkbox"/> Partigiano Combattente (e non Patriota) per essere stato inquadrato in unità e reparti operanti nei luoghi e periodi riconosciuti da apposite disposizioni degli Stati Maggiori (circolare n. 5000 del 01.01.1953).	<input type="checkbox"/> Orfano di guerra iscritto negli elenchi della Prefettura di _____
<input type="checkbox"/> Ex Internato Militare nei campi di concentramento o ex prigioniero di guerra.	<input type="checkbox"/> Ex Combattente ed ex internato e partigiano
<input type="checkbox"/> Mutilato o invalido di guerra	<input type="checkbox"/> Ex Combattente ed ex internato e mutilato
<input type="checkbox"/> Ex Combattente e partigiano	<input type="checkbox"/> Ex Combattente e partigiano e mutilato
- Data _____ Firma _____

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 civili e penali vigenti in materia e comportano la decadenza dai benefici ottenuti.

La S.V. si impegna a comunicare alla Struttura organizzativa disabilità e invalidità civile qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

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./ra ha il seguente impedimento temporaneo a firmare</p> <p>Data Firma del funzionario incaricato</p>

Documenti da allegare:

- Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità o di riconoscimento dell'interessato;
- Documentazione attestante il possesso della qualifica di cui al punto 8;
- Copia fotostatica non autenticata di documentazione attestante la categoria e la decorrenza della pensione ed il possesso della maggiorazione di cui alla legge 29 dicembre 1988, n. 544, ed alla legge 15 aprile 1985, n. 140;