Riservato ai 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:

QUADRO B

☐ accreditamento su conto corrente o mediante l'utilizzo di altri strumenti di pagamento elettronici, del quale è **titolare** presso la banca/posta .... …………

sportello ……………………………………….indirizzo .... …………………………. cap ……………

IBAN | I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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) ***(timbro e firma della banca/posta)*** ***(firma)***

Se la presente richiesta è inviata via fax, allegare la **fotocopia di un documento di identità**[1].

[1] *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 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 ………………………………………………..

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

RICHIESTA DI RISCOSSIONE BENEFICIO EX-COMBATTENTI

Il sottoscritto .....

nato il ..... …….. a ..... (provincia .....)

residente in..... …….. Prov……. C.A.P. ……..…

Via/Fraz ..... ……..…….. tel./cell……

Codice fiscale invalido | | | | | | | | | | | | | | | |

C H I E D E

che tutte le comunicazioni vengano inviate al seguente indirizzo:

presso …….

nato il ..... a ..... (provincia .....)

residente in..... ……..…….. Prov……. C.A.P. ……

Via/Fraz ..... ……..…….. tel./cell……

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

di riscuotere le provvidenze nel seguente modo:

QUADRO A

☐ accreditamento su conto corrente o mediante l'utilizzo di altri strumenti di pagamento elettronici, del quale è **titolare o cointestatario** presso la banca/posta

..... sportello

.....

indirizzo ..... cap ……..

IBAN | I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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) ***(timbro e firma della banca/posta)*** ***(firma beneficiario)***

(in caso di incapacità/impossibilità a firmare compilare il quadro C a pag. 2)

OPPURE ⇨