

**ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA**  
**ASSESSORATO REGIONALE SANITA', SALUTE, E**  
**POLITICHE SOCIALI**  
 Struttura Invalidità civile e interventi per la disabilità  
 Ufficio Invalidità Civile  
 Loc. La Croix-Noire – Via Croix-Noire, 44  
 11020 SAINT CHRISTOPHE (AO)  
 Tel. 0165/273111 – fax 0165/274626

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
 nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ via/fraz \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 c.a.p. \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_  
 recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

nella sua qualità di *(da compilare **solo** nel caso in cui l'interessato sia rispettivamente: minore, interdetto, inabilitato, temporaneamente impossibilitato alla firma)*

- rappresentante legale
- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno
- procuratore
- congiunto

di \_\_\_\_\_  
 nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ via/fraz \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 c.a.p. \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_  
 recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- il ripristino delle provvidenze economiche relative all'indennità di accompagnamento**

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto disposto dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara ai sensi degli articoli 30 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19 e n. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, quanto segue:

- di essere  che lo stesso è:

- 1) stato sottoposto a visita medica collegiale in data \_\_\_\_\_ con riconoscimento del \_\_\_\_\_ % di invalidità e indennità di accompagnamento;
- 2) di pagare la retta di ricovero presso la struttura \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- 3)  cittadino italiano

- cittadino UE iscritto all'anagrafe del Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- cittadino extracomunitario in possesso di:
  - permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_  
data di rilascio \_\_\_\_\_  
data di scadenza \_\_\_\_\_
  - carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo n. \_\_\_\_\_  
data di scadenza \_\_\_\_\_

4) di non percepire, per la stessa patologia, benefici per causa di guerra, di lavoro o di servizio

**CHIEDE INOLTRE** che tutte le comunicazioni vengano inviate al seguente indirizzo:

presso \_\_\_\_\_  
 nat\_\_a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ via/fraz \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 c.a.p. \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_  
 recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Si impegna, inoltre, a segnalare all'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, non oltre i trenta giorni dal suo verificarsi, qualsiasi nuova liquidazione di pensione. L'eventuale trasferimento di residenza ed ogni altro evento che modifichi il contenuto della presente dichiarazione.**

Dichiara di essere consapevole che qualora emergessero delle patologie tali da poter influire negativamente su particolari autorizzazioni (idoneità alla guida, porto d'armi, ecc..) la Commissione medica provvederà ad informare l'Autorità competente per eventuali verifiche e che i dati personali, anche sensibili, saranno trattati nel pieno rispetto dei principi di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

#### **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 \_\_\_\_\_  
 (allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto)

**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.**

**AVVERTENZE**

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 sopraccitata 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.

<b>QUADRO A</b>	<p><b>Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare.</b></p> <p>Ai sensi dell'articolo 36, commi 2 e 3, della legge regionale 19/2007, la dichiarazione <b>di chi non sa o non può firmare</b> 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>
<b>QUADRO B</b>	<p><b>Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare.</b></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 <b>impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute</b> 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>