

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 31 della legge regionale 19/2007)

Il/la sottoscritt _____

nat. a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ C.A.P. _____

Via/Fraz. _____ n. _____ C.F. _____

tel./cell. _____ e-mail _____

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 _____

=====

nella sua qualità di (da compilare **solo** nel caso in cui l'interessato sia rispettivamente: minore, interdetto, inabilitato, temporaneamente impossibilitato alla firma) Per gli invalidi civili il cui handicap non consente loro di autocertificare, se interdetti o inabilitati, la dichiarazione dovrà essere presentata dai rispettivi rappresentanti legali

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> rappresentante legale | <input type="checkbox"/> tutore |
| <input type="checkbox"/> curatore | <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno |
| <input type="checkbox"/> procuratore | <input type="checkbox"/> erede/congiunto _____ |
- (ammessi parenti in linea retta o collaterale fino al terzo grado)

di _____

nat. a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ C.A.P. _____

Via/Fraz. _____ n. _____ C.F. _____

tel./cell. _____ e-mail _____

- Impossibilitato a firmare (articolo 36, commi 2 e 3, della legge regionale 19/2007)
- Temporaneamente impossibilitato a firmare (articolo 36, comma 4, della legge regionale 19/2007) per il seguente motivo: _____

=====

titolare **dell'indennità di accompagnamento**, con riferimento alla permanenza o meno del requisito di non ricovero in Istituto a titolo gratuito previsto dall'art. 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18,

DICHIARA CHE (barrare la casella interessata)

nell'anno 20..... (passato)

- è stato ricoverato/a dal _____ al _____ presso: a titolo gratuito
 a spese proprie o con contributo di ente pubblico

.....
(nome e indirizzo dell'Istituto ad esclusione dei ricoveri ospedalieri tranne Hospice, RSA, e centri di cura della demenza)

- non è stato ricoverato/a

nell'anno 20..... (in corso)

- è ricoverato/a presso a titolo gratuito
 a spese proprie o con contributo di ente pubblico

.....
(nome e indirizzo dell'Istituto ad esclusione dei ricoveri ospedalieri tranne Hospice, RSA, e centri di cura della demenza)

- è stato ricoverato/a dal _____ al _____ presso a titolo gratuito
 a spese proprie o con contributo di ente pubblico

.....
(nome e indirizzo dell'Istituto ad esclusione dei ricoveri ospedalieri tranne Hospice, RSA, e centri di cura della demenza)

- non è ricoverato/a

AVVERTENZE

Ai sensi dell'articolo 3, comma 5, della legge regionale 11/99, dell'articolo 1, comma 248, della legge 662/1996 e della DGR 1754/2015, i **titolari di indennità di accompagnamento** o chi ne ha la tutela **sono tenuti, entro il 31 marzo di ciascun anno, a presentare** (pena la sospensione dell'erogazione e il recupero delle somme indebitamente percepite), al Servizio invalidità civile dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, **una dichiarazione di responsabilità**, ai sensi della legge regionale 19/2007, **relativa alla sussistenza o meno di uno stato di ricovero in istituto e, in caso affermativo, se a titolo gratuito**. La mancata presentazione della dichiarazione annuale entro il termine stabilito determina l'avvio dei necessari accertamenti ai fini della revoca della provvidenza economica. *Sono esclusi dalla presentazione della dichiarazione gli invalidi civili affetti dalla **sindrome di Down**.*

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.

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.

Si impegna, inoltre, a segnalare all'Ufficio invalidità civile dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, non oltre i trenta giorni dal suo verificarsi, ogni evento che modifichi il contenuto della presente dichiarazione.

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 _____

allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto del firmatario e dell'interessato se diversi)

IL RICEVENTE

ha accertato l'identità del dichiarante
