

Dichiarazione sostitutiva della CERTIFICAZIONE DELLA SITUAZIONE LAVORATIVA

(art. 1 comma 35 della legge 247/2007 e art. 30 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)

- tutore curatore congiunto
 amministratore di sostegno procuratore

di _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ C.A.P. _____

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

tel./cell. _____ e-mail _____

ricosciuto invalido civile nella misura del _____, a decorrere dal _____.

DICHIARA CHE (barrare la casella interessata)

● **nell'anno 20....** (passato)

<input type="checkbox"/>	HA PRESTATO ATTIVITA' LAVORATIVA DAL
<input type="checkbox"/>	AUTONOMA CON UN REDDITO IMPONIBILE ANNUO PARI A €
<input type="checkbox"/>	DIPENDENTE CON UN REDDITO IMPONIBILE ANNUO PARI A €
<input type="checkbox"/>	E' STATO OCCUPATO AI SENSI DELLA LEGGE 12 MARZO 1999, N. 68 E DEL DECRETO LEGISLATIVO 10 SETTEMBRE 2003, N. 276 (COOPERATIVE SOCIALI E CONVENZIONI-QUADRO) CON UN REDDITO IMPONIBILE ANNUO PARI A €
<input type="checkbox"/>	NON HA PRESTATO ALCUNA ATTIVITA' LAVORATIVA

● **nell'anno 20....** (in corso)

<input type="checkbox"/>	PRESTA ATTIVITA' LAVORATIVA DAL
<input type="checkbox"/>	AUTONOMA CON UN REDDITO PRESUNTO IMPONIBILE ANNUO PARI A €
<input type="checkbox"/>	DIPENDENTE CON UN REDDITO PRESUNTO IMPONIBILE ANNUO PARI A €
<input type="checkbox"/>	E' OCCUPATO AI SENSI DELLA LEGGE 12 MARZO 1999, N. 68 E DEL DECRETO LEGISLATIVO 10 SETTEMBRE 2003, N. 276 (COOPERATIVE SOCIALI E CONVENZIONI-QUADRO) CON UN REDDITO PRESUNTO IMPONIBILE ANNUO PARI A €
<input type="checkbox"/>	NON PRESTA ALCUNA ATTIVITA' LAVORATIVA

AVVERTENZE

Ai sensi dell'art. 3, comma 5 della legge regionale 11/1999, dell'art. 13 della legge 18/1971 e della DGR 1754/2015, i **titolari di assegno mensile d'invalidità** o chi ne ha la tutela **sono tenuti, entro il 30 aprile di ciascun anno a presentare** (pena la sospensione dell'erogazione e il recupero delle somme indebitamente percepite), alla Struttura 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 allo svolgimento di una attività lavorativa**. La mancata presentazione della dichiarazione annuale entro il termine stabilito determina l'avvio dei necessari accertamenti ai fini della revoca della provvidenza economica.

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. 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)

QUADRO A

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 dichiarazione sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal/la sig./ra

.....identificato/ mediante il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.

Data Firma del funzionario incaricato

QUADRO B

Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare.

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 (*allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto*).

Si attesta che la dichiarazione sopra riportata 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

Data Firma del funzionario incaricato