

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ C.A.P. _____
Via/Fraz. _____ n. _____ C.F. _____
tel./cell. _____ 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 amministratore di sostegno tutore
 curatore procuratore erede/congiunto

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 39 della legge regionale 19/2007)

DICHIARA

(Art. 30 della legge regionale 19/2007)

di essere che l'invalido/a civile: _____ è
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ C.A.P. _____
Via/Fraz. _____ n. _____ C.F. _____
tel./cell. _____ e-mail _____
cittadino _____ - 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 _____

CHIEDE

che la corrispondenza venga recapitata:

all'indirizzo di residenza al seguente indirizzo
presso _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ C.A.P. _____
Via/Fraz. _____ n. _____ C.F. _____
tel./cell. _____ e-mail _____

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.

Data _____

Il Dichiarante

AVVERTENZA:

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'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.

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.

| | |
|-----------------|---|
| 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> |