

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. 0165/274635 – fax 0165/45460

Il/La sottoscritt _____

nat__a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via/Fraz. _____ n. _____ tel./cell. _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

di _____

(Cognome e Nome)

nat__a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via/Fraz. _____ n. _____ tel./cell. _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

sottopost_ a visita medica da parte della Commissione medica collegiale in data _____

esito notificato in data _____

CHIEDE

di poter essere ammesso al beneficio della non restituzione della somma indebitamente percepita pari a € _____, come comunicato da codesta Struttura, ai sensi dell'articolo 3, comma 7 ter della legge regionale 7 giugno 1999, n. 11 "Testo unico in materia di provvidenze economiche a favore di invalidi civili, ciechi civili e sordomuti".

A tal fine

- allega copia del modello ISEE relativo all'anno/agli anni _____

Oppure:

- dichiara di aver depositato il modello ISEE relativo all'anno/agli anni _____

presso _____

DICHIARA INOLTRE

- di aver percepito per l'anno _____
- che il Signor _____ ha percepito per l'anno _____

le seguenti rendite e/o provvidenze:

richiesta ammissione al beneficio della non restituzione 2023

TIPO PROVIDENZA**IMPORTO ANNUALE**

· Rendite INAIL	€ _____
· Pensioni ciechi civili assoluti	€ _____
· Pensioni ciechi civili parziali	€ _____
· Pensione invalidi civili	€ _____
· Pensione sordomuti	€ _____
· Assegno mensile invalidi civili parziali	€ _____
· Indennità di accompagnamento ciechi civili	€ _____
· Indennità di accompagnamento invalidi civili totali	€ _____
· Indennità comunicazione sordomuti	€ _____
· Indennità speciale ciechi ventesimisti	€ _____
· Pensione sociale	€ _____
· Pensione di guerra	€ _____
· Redditi prodotti all'estero	€ _____
· Altro (specificare) _____	€ _____
TOTALE	€ _____

Data _____

Firma _____

(allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto)

AVVERTENZE

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.

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>