

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(art. 30 e 31 della legge regionale 19/2007)

I _____ sottoscritt _____ nat _____ a _____ _____ il _____ residente in _____ _____ via/fraz. _____ n° _____ C.A.P. _____ tel./cell _____ e-mail _____				
codice fiscale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stato civile _____ (campo obbligatorio)				
nella sua qualità di: <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 <input type="checkbox"/> congiunto (da compilare solo nel caso in cui l'interessato sia rispettivamente: minore, interdetto, inabilitato, temporaneamente impossibilitato alla firma)				
di _____ nat _____ a _____ il _____ _____ residente in _____ via/fraz. _____ _____ n° _____ C.A.P. _____ tel./cell _____ e-mail _____				
codice fiscale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stato civile _____ (campo obbligatorio)				
al fine della concessione dei benefici economici eventualmente spettanti in relazione al tipo ed al grado della minorazione riconosciuta				
DICHIARA				
<input type="checkbox"/> di essere <input type="checkbox"/> che lo/a stesso/a è/era <input type="checkbox"/> cittadino italiano <input type="checkbox"/> cittadino UE				
<input type="checkbox"/> cittadino extracomunitario titolare di: <input type="checkbox"/> permesso di soggiorno n° _____ data di scadenza _____ <input type="checkbox"/> carta o permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo n° _____ data di scadenza _____ (allegare copia carta o permesso di soggiorno)				
<input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> convivente che i componenti la famiglia anagrafica sono i seguenti:				
N.ro	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1				
2				
3				
4				
nell'anno 20... (di presentazione della domanda)				
<input type="checkbox"/> è ricoverato/a dal _____ <input type="checkbox"/> a titolo gratuito <input type="checkbox"/> a spese proprie o con contributo di ente pubblico presso _____ (nome e indirizzo dell'Istituto)				
<input type="checkbox"/> è stato ricoverato/a dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> a titolo gratuito <input type="checkbox"/> a spese proprie o con contributo di ente pubblico presso _____ (nome e indirizzo dell'Istituto)				
nell'anno 20..... (in corso)				
<input type="checkbox"/> è ricoverato/a dal _____ <input type="checkbox"/> a titolo gratuito <input type="checkbox"/> a spese proprie o con contributo di ente pubblico presso _____ (nome e indirizzo dell'Istituto)				
<input type="checkbox"/> è stato ricoverato/a dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> a titolo gratuito <input type="checkbox"/> a spese proprie o con contributo di ente pubblico presso _____ (nome e indirizzo dell'Istituto)				
<input type="checkbox"/> non è ricoverato/a a titolo gratuito <input type="checkbox"/> di non usufruire di alcuna indennità di accompagnamento				
<input type="checkbox"/> di fruire della seguente indennità di accompagnamento _____				
<input type="checkbox"/> la minorazione non deriva da causa di guerra né di servizio né da infortunio sul lavoro				

DICHIARAZIONE DEI REDDITI(da non compilare per gli ultrasessantasettenni riconosciuti **invalidi totali con diritto all'indennità di accompagnamento**)(da compilare per gli ultrasessantacinquenni riconosciuti **ciechi con residuo visivo inferiore ad 1/20 o ciechi assoluti**)

I sottoscritt_

Cognome _____ Nome _____ data nascita _____

DICHIARA

(per la compilazione barrare la casella interessata e compilare il retro del presente modello)

 di non possedere redditi propri, calcolati agli effetti dell'I.R.Pe.F. di possedere redditi propri, calcolati agli effetti dell'I.R.Pe.F.**INDICARE I REDDITI AL LORDO DELL'IRPEF, DELLE DEDUZIONI E DELLE DETRAZIONI FISCALI RELATIVI ALL'ANNO _____ E PRESUNTI _____***(per le persone coniugate dati anagrafici e reddito del coniuge)*
(campo obbligatorio)

Cognome _____ Nome _____ data nascita _____

luogo nascita _____ CF. _____

REDDITI	TITOLARE		CONIUGE	
	POSSEDUTO	PRESUNTO	POSSEDUTO	PRESUNTO
	Anno	Anno	Anno	Anno
Redditi da lavoro dipendente e assimilati, impresa, CIG, indennità di mobilità, indennità di disoccupazione	€	€	€	€
Pensioni ed assegni erogati dall'I.N.P.S./Tesoro (specificare la categoria) _____	€	€	€	€
Altri redditi di qualsiasi natura erogati da I.N.P.S. (specificare la natura) _____	€	€	€	€
Pensioni erogate da Stati esteri (specificare ente erogante e categoria) _____	€	€	€	€
Altri redditi non elencati sopra, compresi quelli di capitale (es. partecipazione in società, assegno di mantenimento corrisposto dal coniuge separato, ecc. - specificare la natura - anche prodotti all'estero) _____	€	€	€	€
Interessi Bancari, postali, di BOT, CCT, titoli di Stato, quote di investimento, vincite al lotto e lotterie - anche prodotti all'estero)	€	€	€	€
Redditi soggetti a tassazione separata (conguagli, liquidazioni, ecc.) _____	€	€	€	€
Redditi da lavoro autonomo (anche prodotti all'estero)	€	€	€	€
Redditi da impresa	€	€	€	€
Redditi di terreni e fabbricati (anche estero) (esclusa la casa di abitazione)	€	€	€	€
Assegni Borse di studio (specificare ente erogante) _____	€	€	€	€
REDDITO COMPLESSIVO	€	€	€	€
Pensioni di guerra	€	€	€	€
Rendite vitalizie	€	€	€	€

Da compilare se è stata riconosciuta l'invalidità parziale (74% - 99%)

__I__ sottoscritt _____

DICHIARA

- di non essere titolare di altre prestazioni a titolo di invalidità;
- di essere titolare di altre prestazioni a titolo di invalidità e di optare per l'assegno mensile di invalidità erogato da _____ e di rinunciare al trattamento economico erogato da _____.
- di non prestare alcuna attività lavorativa
- di prestare attività lavorativa dal _____
- di non essere stato occupato e di non avere svolto alcuna attività lavorativa dal _____ al _____.
- che per il periodo intercorso tra la data della domanda di visita e quella di notifica del verbale di visita medica non ha svolto attività lavorativa.

__I__ sottoscritt __, si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

__I__ sottoscritt __, è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risulteranno indebitamente percepite.

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.

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	<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 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>
QUADRO B	<p>Dichiarazione di temporaneo impedimento a sottoscrivere.</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 presente dichiarazione è stata resa dinanzi a me dal/la Sig./raidentificato/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>