

**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. 0165/273111 – 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> tutore
<input type="checkbox"/> amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/> rappresentante legale | <input type="checkbox"/> curatore
<input type="checkbox"/> 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 CHE VENGA RICONSIDERATA

l'indicazione espressa dalla Commissione ai sensi della legge 68/1999 104/1992,
(barrare la casella interessata)

in merito al/i seguente/i punto/i:

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.

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

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./r/a ha il seguente impedimento temporaneo a firmare

Data Firma del funzionario incaricato