RISERVATO AL PROTOCOLLO

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 – PEC: sanita_politichesociali@pec.regione.vda.it

Dichiarazione sostitutiva della
CERTIFICAZIONE DELLA SITUAZIONE REDDITUALE

(art. 30 della legge regionale 19/2007)

Il/La sottoscritt__ _____

nat__ a _____ Prov._____ il _____

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

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

codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **stato civile** _____ *(campo obbligatorio)*

☐ 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)*

❒ rappresentante legale ❒ amministratore di sostegno ❒ tutore
❒ erede/congiunto ❒ curatore ❒ procuratore

di _____
(Cognome e Nome)

nat__ a _____ Prov._____ il _____

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

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

codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **stato civile** _____ *(campo obbligatorio)*

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non corrispondenti a verità – giusto il disposto dell'art. 39, comma 1, della legge regionale 19/2007

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 2025 E PRESUNTI 2026 ***(per le persone coniugate dati anagrafici e reddito del coniuge)*** ***(campo obbligatorio)***

Cognome _____ ***Nome*** _____ ***data nascita*** _____ ***luogo nascita*** _____ ***CF.*** _____

REDDITI	TITOLARE		CONIUGE	
	Anno 2025	Anno 2026 presunto	Anno 2025	Anno 2026 presunto
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)* _____	€	€	€	€

segue sul retro

REDDITI	Anno 2025	Anno 2026 *presunto*	Anno 2025	Anno 2026 *presunto*
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	€	€	€	€

***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 sal Regolamento UE 2016/679, ha diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, si 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.r/a ..... ha il seguente impedimento temporaneo a firmare .....

Data ..... Firma del funzionario incaricato .....