

**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: politiche\_sociali@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 \_\_\_\_\_

☐ cittadino extracomunitario in possesso di:

(campo obbligatorio)

☐ 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)	€	€	€	€

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 - <i>(anche prodotti all'estero)</i>	€	€	€	€
Redditi soggetti a tassazione separata (conguagli, liquidazioni, ecc.) _____	€	€	€	€
Redditi da lavoro autonomo <i>(anche prodotti all'estero)</i>	€	€	€	€
Redditi da impresa	€	€	€	€
Redditi di terreni e fabbricati <i>(anche estero)</i> (esclusa la casa di abitazione)	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Assegni <input type="checkbox"/> 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.

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

Il 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'articolo 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.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_  
(allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto)

QUADRO A	<p><b>Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare.</b></p> <p>Ai sensi dell'articolo 36, commi 2 e 3, della legge regionale 19/2007, la dichiarazione <b>di chi non sa o non può firmare</b> 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 ..... ..... identificato/ mediante ..... il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.</p> <p>Data ..... Firma del funzionario incaricato .....</p>
	<p><b>Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare.</b></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 <b>impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute</b> 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 ..... ..... 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>