

ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
ASSESSORATO REGIONALE SANITA', SALUTE, E
POLITICHE SOCIALI
 Struttura organizzativa 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 0165/274626

Il sottoscritt _____
 nat ____ a _____ Prov. _____ il _____
 residente in _____ via/fraz _____ n° _____
 c.a.p. _____ professione _____ stato civile _____
 recapito telefonico _____ cellulare _____
 codice fiscale _____ e-mail _____

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

- | | | |
|------------------------------|---------------|-------------|
| ▪ rappresentante legale | ▪ tutore | ▪ curatore |
| ▪ amministratore di sostegno | ▪ procuratore | ▪ congiunto |

di _____
 nat ____ a _____ Prov. _____ il _____
 residente in _____ via/fraz _____ n° _____
 c.a.p. _____ professione _____ stato civile _____
 recapito telefonico _____ cellulare _____
 codice fiscale _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere/che lo stesso venga sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi della legge regionale 7 giugno 1999, n° 11, per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità, quale:

- invalido civile** - ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni - indicare ai soli fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295 se minorato psichico:
 sì no
- cieco civile** - ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382 e successive modificazioni e integrazioni
- sordomuto** - ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381 e successive modificazioni e integrazioni
- persona disabile** - ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104
- inclusione scolastica** **altro (specificare il motivo):** _____
-
- persona disabile** – ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68 – art. 1 – (accertamento condizioni di disabilità che danno diritto all'accesso al sistema per l'inserimento lavorativo)

(AVVERTENZE: barrare con una «X» la casella corrispondente al riconoscimento richiesto)

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato di invalidità civile o alla minorazione che sarà riconosciuta dalla Commissione medica collegiale.

Sin d'ora chiede con la presente istanza che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciuta, nonché ai redditi posseduti.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto disposto dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

ai sensi degli articoli 30 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19 e n. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, quanto segue:

di essere/che lo stesso è:

- 1) nat__a_____provincia di_____il _____
- 2) cittadino italiano
 cittadino UE iscritto all'anagrafe del Comune di_____dal _____
 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 _____
- 3) residente in _____
- 4) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro;
- 5) di essere titolare di rendita INAIL per l'anno_____ammontante a euro _____
(allegare attestato d'invalidità rilasciato dall'Istituto);
- 6) di aver posseduto/ha posseduto ai fini I.R.Pe.F. per l'anno_____un reddito ammontante a euro _____e di avere un reddito presunto per l'anno in corso ammontante a euro _____
- 7) in possesso del seguente titolo di studio _____
- 8) che il nucleo familiare è composto da n._____persone

CHIEDE INOLTRE che tutte le comunicazioni vengano inviate al seguente indirizzo:

presso _____
nat__a_____Prov._____il _____
residente in_____via/fraz_____n° _____
c.a.p._____professione_____stato civile _____
recapito telefonico_____cellulare _____
codice fiscale_____e-mail _____

Si impegna, inoltre, a segnalare all'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, non oltre i trenta giorni dal suo verificarsi, qualsiasi nuova liquidazione di pensione, l'eventuale trasferimento di residenza ed ogni altro evento che modifichi il contenuto della presente dichiarazione.

- Allega alla presente domanda: _____

- Altra documentazione integrativa: _____

Dichiara di essere consapevole che qualora emergessero delle patologie tali da poter influire negativamente su particolari autorizzazioni (idoneità alla guida, porto d'armi, ecc..) la Commissione medica provvederà ad informare l'Autorità competente per eventuali verifiche.

**"DICHIARAZIONE ACCETTAZIONE COMUNICAZIONE ALL'AZIENDA U.S.L. VDA
DELLA PERCENTUALE DI INVALIDITÀ CIVILE E AUTORIZZAZIONE ALLA CONSULTAZIONE DEL
FASCIOLO/DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO PRESSO L'AZIENDA U.S.L. VDA"**

Ai sensi dell'art. 6 del Decreto del Ministero della Sanità 1° febbraio 1991, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 7 febbraio 1991, n. 32, verrà comunicata all'ufficio controllo esenzioni dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta la percentuale di invalidità civile riconosciuta, al fine di ottenere l'esenzione ticket alla compartecipazione della spesa sanitaria e autorizza la commissione medica a prendere visione della documentazione sanitaria presente sul Fascicolo/Dossier Sanitario Elettronico ed estrarne copia mediante stampa ai fini della corretta definizione della istanza medico-legale da me richiesta.

Si autorizza

Non si autorizza.

Luogo e data _____

FIRMA GENITORE 1 _____

Luogo e data _____

FIRMA GENITORE 2 _____

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.

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

 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 GENITORE 1 _____

Data _____

FIRMA GENITORE 2 _____

(allegare entrambe le fotocopie dei documenti d'identità validi)

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 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 presente dichiarazione è stata resa dinanzi a me dal/la Sig./raidentificato/a mediante il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità diche il/la Sig./ra..... ha il seguente impedimento temporaneo a firmare</p> <p>Data Firma del funzionario incaricato</p>