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

regive course then 2022 AA may CE

RISERVATO AL PROTOCOLLO

da

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 – fax 0165/274626

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

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

l sottos	scritt					na	at a
				_ il		resider	nte in
0 A D	tel./cell		via/fraz.			n°	
J.A.P	tei./ceii			e-	-maii		
codice fisc	ale 🗆 🗆 🗆 🗆 🗆				stato civile	npo obbligatorio)	
□ procura	ualità di: 🛘 🗆 rapprese tore 🗘 erede 🗘 co	ongiuni			□ curatore □ ammi	nistratore di sos	
	poraneamente impossibilitato alla t			nat	a		ii
u'	resid	lente	in		α	vi	a/fraz.
					n°,	C.A.P.	
tel./cell			e-mail				
codice fisca							
	a concessione dei benefi azione riconosciuta	ici eco	nomici eventi	ualmente	e spettanti in relazioi	ne al tipo ed al	grado
20114 11111101	aziono noonoodata		DICHIA	RA			
□ di esse	ere 🖂 che lo/a	a stess					
	adino italiano o cittad						
□ cittadir	no extracomunitario titolar	e di:					
o per	messo di soggiorno n° _ ta o permesso di soggi			da	ta di scadenza		
	_ data di scadenza			(allegare	copia carta o permesso di sc	oggiorno)	
che i comp	onenti la famiglia anagrat	fica soı	no i seguenti:				
N.ro	Cognome e Nome		Luogo di na	escita	Data di nascita	Rapporto di par	entela
1	Cognomic o Home		adogo di ili	, oon a	Data di Naddita	rapporto ar par	OTTOO
2							
3							
4							
·	nell'ann	0.20	(di present	azione (della domanda)		
☐ è ricove	rato/a dal	□ a	titolo gratuito	a spes	se proprie o con contribu	to di ente pubblico	
presso						********	
□ à state #	icoverato/a dal	o.1	(nome e indirizzo	dell'Istituto			
- e stato i	icoverato/a dai	aı			lo gratuito se proprie o con contribu	to di ente nubblico	
presso				_		-	
F (MISMS)			(nome e indirizzo				
		n	ell'anno 20	(in c	corsol		
☐ è ricove	rato/a dal				se proprie o con contribu	to di ente pubblico	
				-		-	
presso			(nome e indirizzo			***********	
☐ è stato r	icoverato/a dal	al	<u> </u>				
				-	se proprie o con contribu	-	
press	0	*********	(nome e indirizzo			4888434434444	
	coverato/a a titolo gratuito della seguente indennità di ac		di non usuf	ruire di al	cuna indennità di accomp	agnamento	
		1 0	-				

la minorazione non deriva da causa di guerra né di servizio né da infortunio sul lavoro

Nuovo omnicompresivo senza iban 2023 A4 - rev. GF

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)						
_l_sottoscritt_						
Cognome	Nome	data nascita				
DICHIARA (per la compilazione barrare la casella interessata e compilare il retro del presente modello)						
di non possedere r	edditi propri, calcolati agli effetti dell'I.R	Pe.F.				
☐ di possedere reddi	ti propri, calcolati agli effetti dell'I.R.Pe.l	F.				
	ITI AL LORDO DELL'IRPEF, DELL NO E PRESUNTI	E DEDUZIONI E DELLE DETRAZIONI FISCALI				

dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

modificazioni.

	TITOLARE		
REDDITI	POSSEDUTO	PRESUNTO	
	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	E	 €	
(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%)	
_l_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 er da e di rinunciare al trattamento economico eroga	
□ 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 m non ha svolto attività lavorativa.	nedica
I sottoscritt_, si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati ind presente modello.	licati nel
l sottoscritt_, è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazion predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somi risulteranno indebitamente percepite.	
Ai sensi dell'articolo 33 della legge regionale 19/2007, l'Amministrazione procede a idonei controlli, anche a cam in ogni caso quando sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate.	ipione e
Ai sensi dell'articolo 39, comma 1, della legge regionale 19/2007, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'us falsi nei casi previsti dalla sopraccitata legge, nonché l'esibizione di documenti di riconoscimento contenenti dati che hanno 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'inter in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autentica 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 rappres pro tempore, con sede in Piazza Deffeyes, 1 – Aosta, contattabile all'indirizzo pec: segretario_generale@pec.regione.vda	
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 gar rispetto delle norme per la tutela della privacy, è raggiungibile ai seguenti indirizzi PEC: privacy@pec.regione.vda.it (per	
ispetto delle norme per la tutela della privacy, e raggiungibile al seguenti indirizzi PEC, privacy@pec.regione.vda.it (per di una casella di posta elettronica certificata) o PEI: privacy@regione.vda.it. con una comunicazione avente la se	
ntestazione "all'attenzione del DPO della Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste".	3 9
FINALITÀ DEL TRATTAMENTO	
I dati forniti saranno trattati da personale autorizzato della Struttura organizzativa invalidità civile, disabilità e tutele a	
forma elettronica, per le finalità istituzionali connesse al procedimento amministrativo per il quale sono comunicati, rel servizio invalidità civile ai sensi della l.r. 11/1999 e delle relative disposizioni applicative di cui alla DGR. n. 1754/2015 e suc	

Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento del procedimento di cui sopra. In caso di rifiuto di conferimento dei

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,

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

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,

FIRMA GENITORE 2

FIRMA GENITORE 1

(allegare fotocopie dei documenti d'identità validi)

dati richiesti non si potrà dare seguito all'istanza cui si riferisce la presente informativa.

necessità, proporzionalità, nonché delle finalità per le quali sono stati raccolti.

RECLAMO AL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI

utilizzando gli estremi di contatto reperibili sul sito www.garanteprivacy.it.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Data