

**ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA  
ASSESSORATO REGIONALE SANITA',  
SALUTE E POLITICHE SOCIALI**  
Struttura organizzativa invalidità civile e tutele  
Ufficio invalidità civile  
Loc. La Croix-Noire – Via Croix-Noire, 44  
11020 SAINT CHRISTOPHE (AO)  
Tel. 0165/274635 – fax 0165/274626

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DELL'INTEGRAZIONE REGIONALE AL TRATTAMENTO PENSIONISTICO DEGLI EX – COMBATTENTI, AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 7 AGOSTO 2002, N. 17.**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via/Fraz. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

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

tutore                       curatore                       amministratore di sostegno  
 procuratore                      di \_\_\_\_\_,

trovandosi nelle condizioni di cui all'art.1 della l.r. 17/2002, rivolge domanda al fine di ottenere la concessione dell'integrazione regionale al trattamento pensionistico degli ex – combattenti.

A tal fine consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero, ai sensi degli art. 30, 31, 35 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19

**D I C H I A R A che lo/la stesso/a**

1. è nat a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_) il \_\_\_\_\_
2. è residente in \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_  
Via/Fraz. \_\_\_\_\_ domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_
3. è titolare del codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_
4. è titolare di pensione n. \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_
5. ha diritto alla reversibilità dell'assegno in qualità di \_\_\_\_\_ dell'ex - combattente:  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(cognome e nome )  
e deceduto il \_\_\_\_\_, ed è titolare della pensione di reversibilità n. \_\_\_\_\_  
categoria \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_
6.  ha presentato domanda di maggiorazione della pensione per ex – combattenti, ai sensi dell'articolo 6 della legge 544/1988 e dell'articolo 6 della legge 140/1985, alla sede Inps di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, e  gode  non gode della maggiorazione di cui trattasi.
7.  non usufruisce dei benefici di cui alla legge 1746/1962.
8. è in possesso della qualifica di:  
 Ex Combattente (di aver partecipato alle operazioni di guerra sul fronte \_\_\_\_\_).  
 Partigiano Combattente (e non Patriota) per essere stato inquadrato in unità e reparti operanti nei luoghi e periodi riconosciuti da apposite disposizioni degli Stati Maggiori (circolare n. 5000 del 01.01.1953).  
 Ex Internato Militare nei campi di concentramento o ex prigioniero di guerra.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mutilato o invalido di guerra                                     | <input type="checkbox"/> Ex Combattente ed ex internato e mutilato                         |
| <input type="checkbox"/> Vedova di guerra iscritta negli elenchi della Prefettura di _____ | <input type="checkbox"/> Orfano di guerra iscritto negli elenchi della Prefettura di _____ |
| <input type="checkbox"/> Ex Combattente ed ex internato                                    | <input type="checkbox"/> Ex Combattente ed ex internato e partigiano                       |
| <input type="checkbox"/> Ex Combattente e partigiano                                       | <input type="checkbox"/> Ex Combattente e partigiano e mutilato                            |

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto)

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 civili e penali vigenti in materia e comportano la decadenza dai benefici ottenuti.

La S.V. si impegna a comunicare alla Struttura organizzativa disabilità e invalidità civile qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

<b>QUADRO A</b>	<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 _____</p> <p>.....identificato/ mediante ..... il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.</p> <p>Data ..... Firma del funzionario incaricato .....</p>
<b>QUADRO B</b>	<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 _____</p> <p>..... 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>

**Documenti da allegare:**

- Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità o di riconoscimento dell'interessato;
- Documentazione attestante il possesso della qualifica di cui al punto 8;
- Copia fotostatica non autenticata di documentazione attestante la categoria e la decorrenza della pensione ed il possesso della maggiorazione di cui alla legge 29 dicembre 1988, n. 544, ed alla legge 15 aprile 1985, n. 140;