RISERVATO AL PROTOCOLLO

□ sì

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

PEC: politiche sociali@pec.regione.vda.it

1_sottoscritt nat a Prov. il via/fraz n° residente in c.a.p._____professione_____stato civile _____ recapito telefonico______cellulare____ e-mail ____ codice fiscale $nella\ sua\ qualit\`a\ di\ (\textit{da compilare}\ \underline{\textit{solo}}\ \textit{nel caso in cui l'interessato sia rispettivamente}:\ \textit{minore, interdetto, inabilitato, temporaneamente}$ impossibilitato alla firma) □ rappresentante legale □ tutore □ curatore □ amministratore di sostegno □ procuratore □ congiunto ☐ rappresentante legale ☐ tutore ☐ curatore 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:

(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.

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 12 marzo 1999, n. 68 – art. 1 – (accertamento condizioni di

□ no

persona disabile - ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (specificare il motivo):

disabilità che danno diritto all'accesso al sistema per l'inserimento lavorativo)

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	, qu	ianto s	egue:			
di es	sseı	re/che	lo stesso è:			
1) r	nat_	a	pı	rovincia di	il	
2)		cittad	ino italiano			
		cittad	ino UE iscritto all'anagrafe del C	Comune di	dal	
		cittad	ino extracomunitario in possesso	o di:		
			permesso di soggiorno n.		-	
			data di rilascio			
			carta di soggiorno o permesso	o di soggiorno CE per so	oggiornanti di lungo periodo n.	
		idenza	-			
3) r	esi	dente i	n			_
4) c	he	le infe	rmità per le quali richiede il rico	onoscimento dell'invalid	lità civile non dipendono da cau	ısa di guerra,
Ċ	li s	ervizio	o di lavoro;			
5) d	li e	ssere ti	itolare di rendita INAIL per l'ani	noammontante	e a euro	
((all	egare a	attestato d'invalidità rilasciato da	all'Istituto);		
6) d	li a	aver p	osseduto/ha posseduto ai fini	I.R.Pe.F. per l'anno_	un reddito ammonta	nte a euro
_			e di avere un reddito presi	unto per l'anno in corso	ammontante a euro	
7) i	n p	ossesso	o del seguente titolo di studio			
8) c	he	il nucl	eo familiare è composto da n	persone		
CH	IEI	DE IN	OLTRE che tutte le comunicazi	oni vengano inviate al s	eguente indirizzo:	
pres	so					
nat_	a	Į		Prov	il	
resid	den	ite in		via/fraz		n°
			professione			
reca	pite	o telefo	onico	cellulare_		
codi	ice	fiscale		e-mail		
Aut pen	on sio	oma V ne. l'e	inoltre, a segnalare all'Assess 'alle d'Aosta, non oltre i trent ventuale trasferimento di resi niarazione.	a giorni dal suo verific	carsi, qualsiasi nuova liquida	zione di
- Al	leg	a alla p	presente domanda:			
- Al	tra	docum	nentazione 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"

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.

□ Si autorizza	□ Non si autorizza.				
Luogo e data	FIRMA				
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.					
l sottoscritt_, si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo v	erificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.				
	al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni gge, il recupero delle somme che risulteranno indebitamente percepite.				
Ai sensi dell'articolo 33 della legge regionale 19/2007, l'Ar quando sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sosti	nministrazione procede a idonei controlli, anche a campione e in ogni caso tutive rilasciate.				
	2007, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi nei casi previsti imento contenenti dati che hanno subito variazioni dalla data di rilascio, sono				
	regionale 19/2007, deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza ente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità o di				
INFORMATIVA SULLA PRIVACY resa ai sensi degli articoli 1	3 del Regolamento UE 2016/679				
TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI E DATI DI CONTA	тто				
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: segr	retario_generale@pec.regione.vda.it				
DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIO	ONE DEI DATI (DPO)				
Il responsabile della protezione dei dati (DPO) della Regione A	utonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, incaricato di garantire il rispetto delle				
	EC: privacy@pec.regione.vda.it (per i titolari di una casella di posta elettronica				
	nte la seguente intestazione "all'attenzione del DPO della Regione Autonoma				
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste".					
FINALITÀ DEL TRATTAMENTO					
·	ura organizzativa invalidità civile, disabilità e tutele anche in forma elettronica,				
	er 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. 17:					
si potrà dare seguito all'istanza cui si riferisce la presente informativa.	cedimento di cui sopra. In caso di rifiuto di conferimento dei dati richiesti non				
PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI					
	rante il periodo suggerito dalla normativa vigente in materia di conservazione,				
· ·	que, nel rispetto dei principi di liceità, necessità, proporzionalità, nonché delle				
finalità per le quali sono stati raccolti.	go, nor nopotto dei principi di nocita, nocossita, properzionanta, noncite delle				
DIRITTI DELL'INTERESSATO					
	rtt. 15 e ss. del Regolamento. In particolare potrà richiedere la rettifica o la				
	ati o opporsi al trattamento nei casi ivi previsti, inviando l'istanza al DPO della				
Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, raggiungibile agli inc RECLAMO AL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI	dirizzi indicati nella presente informativa.				
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 perso	onali, 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)				

	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						
V C	dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere.						
QUADRO	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						
٥ſ	un'incapacità/impossibilità a firmare.						
	Data Firma del funzionario incaricato						
	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						
В (linea retta o collaterale fino al terzo grado, previo accertamento dell'identità del dichiarante (allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto).						
UADRO	Si attesta che la presente dichiarazione è stata resa dinanzi a me dal/la Sig./ra						
ΨD	identificato/a mediante						
n	il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità diha il						
	seguente impedimento temporaneo a firmare						
	Data Firma del funzionario incaricato						