

Riservato a tutori, curatori, amministratori di sostegno e procuratori

Il sottoscritto
 nato il a (provincia)
 residente in Prov. c.a.p.
 Via/Fraz tel./cell.....
 Codice fiscale rappresentante legale

nella sua qualità di: tutore curatore amministratore di sostegno procuratore
(barrare la casella interessata solo nel caso di minore o rappresentante legale)

di
 nato il a (provincia)
 residente in Prov. c.a.p.
 Via/Fraz tel./cell.....
 Codice fiscale invalido

chiede di riscuotere le provvidenze nel seguente modo:

accreditamento su conto corrente o mediante l'utilizzo di altri strumenti di pagamento elettronici, del quale l'invalido civile è titolare presso la banca/posta sportello indirizzo cap

IBAN I T
 CIN ABI CAB NUMERO CONTO

Preso atto e d'accordo con quanto sopra (firma del/i cointestatario/i del conto suindicato)

Nome e Cognome	Indirizzo	Firma

autorizzando l'Amministrazione Regionale all'eventuale recupero di somme erogate e non spettanti per mancanza di uno dei requisiti previsti dalla legge o per decesso del titolare della provvidenza economica.

(data)

(timbro e firma della banca/posta) (firma)

OBBLIGO DI VIDIMAZIONE
 DA PARTE DELLA BANCA
 O POSTA

Se la presente richiesta è inviata via fax, allegare la fotocopia di un documento di identità¹.
¹ articolo 35 della l.r. 19/2007

QUADRO C

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 identificato/a mediante il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.

Data Firma del funzionario incaricato

(Utenti ultrasessantacinquenni con indennità di accompagnamento)

RISERVATO AL PROTOCOLLO

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
 (art. 30 e 31 della legge regionale 19/2007)

I sottoscritt nat a il
 residente in via/fraz.
 n° C.A.P.
 tel./cell e-mail
 stato civile codice fiscale

nella sua qualità di: rappresentante legale tutore curatore amministratore di sostegno
 procuratore erede congiunto (da compilare solo nel caso in cui l'interessato sia rispettivamente: minore, interdetto, inabilitato, temporaneamente impossibilitato alla firma)

di nat a il
 residente in via/fraz.
 n° C.A.P.
 tel./cell e-mail
 stato civile codice fiscale

al fine della concessione dei benefici economici eventualmente spettanti in relazione al tipo ed al grado della minorazione riconosciuta

DICHIARA

di essere che lo/a stesso/a è/era
 cittadino italiano cittadino UE
 cittadino extracomunitario titolare di:
 permesso di soggiorno n° data di scadenza
 carta o permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo n° data di scadenza (allegare copia carta o permesso di soggiorno)
 coniugato/a vedovo/a celibe/nubile separato/a divorziato/a convivente
 che i componenti la famiglia anagrafica sono i seguenti:

N.ro	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1				
2				
3				
4				

nell'anno 20.... (di presentazione della domanda)

è ricoverato/a dal a titolo gratuito a spese proprie o con contributo di ente pubblico presso (nome e indirizzo dell'Istituto)
 è stato ricoverato/a dal al a titolo gratuito a spese proprie o con contributo di ente pubblico presso (nome e indirizzo dell'Istituto)

nell'anno 20..... (in corso)

è ricoverato/a dal a titolo gratuito a spese proprie o con contributo di ente pubblico presso (nome e indirizzo dell'Istituto)
 è stato ricoverato/a dal al a titolo gratuito a spese proprie o con contributo di ente pubblico presso (nome e indirizzo dell'Istituto)

non è ricoverato/a a titolo gratuito di non usufruire di alcuna indennità di accompagnamento
 di fruire della seguente indennità di accompagnamento
 la minorazione non deriva da causa di guerra né di servizio né da infortunio sul lavoro

(Utenti ultrasessantacinquenni con indennità di accompagnamento)

da compilarsi ogni anno entro il 31 marzo con apposita dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.