Imposta di bollo di Euro 16,00 assolta con marca da bollo apposta sulla presente *ai sensi del* D.P.R.642/72	☐ **Imposta di bollo di Euro 16,00 assolta con modalità virtuale** *ai sensi dell'autorizzazione dell'Agenzia delle Entrate – Direzione Regionale della Valle d'Aosta prot. n. 8174/2012*

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
Assessorato Turismo, Sport e Commercio
Enti, professioni del turismo e sport
Piazza S. Caveri, 1
11100 AOSTA AO

Oggetto: ANNO _____ - Liquidazione dell'assegno di **reversibilità** – previsto dall'articolo 21 della l.r. 7 marzo 1997, n. 7 ("Disciplina della professione di guida alpina in Valle d'Aosta") **– 1^ ISTANZA.**

Il/La/I sottoscritto/a/i _____C.F._____
_____C.F._____
_____C.F._____

in qualità di ☐ vedova/o ☐ figlio/a/i/e ☐ genitore/i ☐ fratello/i/sorella/e

della guida o aspirante guida alpina_____
(indicare il nome della guida o aspirante guida alpina)

deceduta il _____, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dall'art. 39 della legge regionale n. 19/2007 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e del fatto che l'Amministrazione regionale effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese

DICHIARA/DICHIARANO

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 31 della legge regionale n. 19/2007

NB: da compilare se VEDOVA/O, ai sensi dell'articolo 24, comma 2, lettera a)

☐ di mantenere lo stato vedovile
☐ che non vi è stata pronunciata sentenza, passata in giudicato, di separazione

☐ di avere n° _____ figli a carico ☐ di non avere figli a carico

1° figlio _____ _____ _____ _____
(nome e cognome) *(data di nascita)* *(luogo di nascita)* *(scuola frequentata/anno di studio)*

2° figlio _____ _____ _____ _____
(nome e cognome) *(data di nascita)* *(luogo di nascita)* *(scuola frequentata/anno di studio)*

3° figlio _____ _____ _____ _____
(nome e cognome) *(data di nascita)* *(luogo di nascita)* *(scuola frequentata/anno di studio)*

4° figlio _____ _____ _____ _____
(nome e cognome) *(data di nascita)* *(luogo di nascita)* *(scuola frequentata/anno di studio)*

5° figlio _____ _____ _____ _____
(nome e cognome) *(data di nascita)* *(luogo di nascita)* *(scuola frequentata/anno di studio)*

DATA_____ FIRMA _____

Per il/la figlio/a _____ nato/a a _____ il_____

permanentemente inabile a proficuo lavoro si allega certificato medico (solo in prima istanza .)

NB: da compilare se FIGLIO/A/I, in assenza di coniuge, ai sensi ai sensi dell'articolo 24, comma 2, lettera b)

1° figlio/a _____ _____ _____ _____

(nome e cognome) *(data di nascita)* *(luogo di nascita)* *(scuola frequentata/anno di studio)*

2° figlio/a _____ _____ _____ _____

(nome e cognome) *(data di nascita)* *(luogo di nascita)* *(scuola frequentata/anno di studio)*

3° figlio/a _____ _____ _____ _____

(nome e cognome) *(data di nascita)* *(luogo di nascita)* *(scuola frequentata/anno di studio)*

4° figlio/a _____ _____ _____ _____

(nome e cognome) *(data di nascita)* *(luogo di nascita)* *(scuola frequentata/anno di studio)*

5° figlio/a _____ _____ _____ _____

(nome e cognome) *(data di nascita)* *(luogo di nascita)* *(scuola frequentata/anno di studio)*

DATA_____

Firma 1° figlio/a_____

Firma 2° figlio/a_____

Firma 3° figlio/a_____

Firma 4° figlio/a_____

Firma 5° figlio/a_____

Per il/la figlio/a _____ nato/a a _____ il_____

permanentemente inabile a proficuo lavoro si allega certificato medico (<u>solo in prima istanza</u> .)

NB. In caso di tutela legale le sottoscrizioni sono a carico del tutore.

Da compilare se GENITORE/I, in assenza di coniuge e di figli, ai sensi dell'articolo 24, comma 2, lettera c)

☐ Madre _____ _____ _____

(nome e cognome) *(data di nascita)* *(luogo di nascita)*

☐ Padre _____ _____ _____

(nome e cognome) *(data di nascita)* *(luogo di nascita)*

☐ che non vi sono né coniuge né figli superstiti aventi diritto all'assegno di reversibilità.

DATA_____

Firma madre_____

Firma padre_____

Da compilare se FRATELLO/I/SORELLA/E, <u>solo se permanentemente inabili al lavoro</u> ed in assenza di coniuge, figli o genitori, ai sensi dell'articolo 24, comma 2, lettera d)

☐ Fratello _____ _____ _____

(nome e cognome) *(data di nascita)* *(luogo di nascita)*

☐ Sorella _____ _____ _____

(nome e cognome) *(data di nascita)* *(luogo di nascita)*

DATA_____ Firma fratello _____

Firma sorella _____

Si allega certificato medico riguardante la propria inabilità al lavoro (solo in caso di prima istanza).

CHIEDE/CHIEDONO

1. la liquidazione dell'assegno di reversibilità per l'anno _____**;**
2. l'accredito dell'importo relativo all'assegno di cui sopra sul conto corrente intestato a _____ e identificato dal seguente codice IBAN:

Cod	Cin	CIN	ABI	CAB	numero di c.c. (12 cifre)

l'accredito dell'importo relativo all'assegno di cui sopra sul conto corrente intestato a _____ e identificato dal seguente codice IBAN

Cod	Cin	CIN	ABI	CAB	numero di c.c. (12 cifre)**)**

l'accredito dell'importo relativo all'assegno di cui sopra sul conto corrente intestato a _____ e identificato dal seguente codice IBAN

Cod	Cin	CIN	ABI	CAB	numero di c.c. (12 cifre)

DATA _____ FIRMA_____

FIRMA_____

FIRMA_____

ATTENZIONE: DA COMPILARE SOLTANTO NEL CASO DI BENEFICIARI CHE AUTORIZZANO LA RISCOSSIONE DA PARTE DI UNO DI ESSI

Nome e cognome della persona intestataria del mandato

_____ Firma _____

Nome e cognome di eventuali beneficiari che autorizzano il versamento al soggetto di cui sopra	Firma

N.B. <u>Allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità di tutti gli aventi diritto.</u>

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO PRIVACY UE/2016/679 (GDPR)

TITOLARE DEL TRATTAMENTO
Titolare del trattamento è la Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in Piazza Deffeyes, n. 1 – 11100 Aosta, contattabile all'indirizzo pec segretario_generale@pec.regione.vda.it.
DELEGATO AL TRATTAMENTO
Delegato al trattamento dei dati è il Dirigente della Struttura organizzativa Enti, professioni del turismo e sport, dott.ssa Nadia Chenal (tel. 0165/275644 – e.mail: n.chenal@regione.vda.it.
DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)
Il responsabile della protezione dei dati della Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste (DPO) 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".
FINALITA' DEL TRATTAMENTO
I dati forniti saranno anche in forma elettronica, per le finalità istituzionali connesse alla liquidazione di provvidenze a favore delle guide alpine e loro superstiti, ai sensi della l.r. 7 marzo 1997, n. 7. 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.
AMBITO DI COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI
I dati saranno trattati dal personale della S.O. Enti, professioni del turismo e sport e del Dipartimento turismo, sport e commercio. I dati personali potranno essere altresì trattati dal personale di altri uffici dell'Amministrazione regionale, per il perseguimento della finalità del trattamento. I dati non saranno comunicati a soggetti terzi, se non nei casi previsti per legge e non verranno diffusi.
PERIODO DI CONSERVAZIONE
I dati forniti saranno conservati in formato cartaceo e digitale presso gli uffici del Dipartimento turismo, sport e commercio siti in Piazza S. Caveri, 1 ad Aosta (AO) durante il periodo suggerito dalla normativa vigente in materia di conservazione, anche ai fini di archiviazione, dei documenti amministrativi e, comunque, di rispetto dei principi di liceità, necessità, proporzionalità, nonché delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti.
DIRITTI DELL'INTERESSATO
L'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli articoli 15 e seguenti del Reg. UE/2016/679. In particolare, potrà chiedere la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali 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.
DIRITTI DI PROPORRE RECLAMO
L'interessato, se ritiene che il trattamento dei dati personali sia avvenuto in violazione di quanto previsto dal Reg. UE/2016/679 ha diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'articolo 77 del medesimo Regolamento, utilizzando gli estremi di contatto reperibili nel sito: www.garanteprivacy.it.

ATTENZIONE: LA PRESENTE DICHIARAZIONE DEVE ESSERE DUPLICATA E PRESENTATA DISTINTAMENTE NEL CASO DI PIU' AVENTI DIRITTO ALL'ASSEGNO

DICHIARAZIONE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ARTICOLO 23 DEL D.P.R. 29 SETTEMBRE 1973, N. 600, COME RIFORMULATO DAL D. LGS. 2 SETTEMBRE 1997, N. 314, ART. 7, LETTERA D)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

C.F._____

residente a _____ in via/fraz. _____ n._____

tel. _____ cell. _____ fax _____

e-mail _____ pec _____

consapevole che l'assegno di cui all'art. 21 della legge regionale 7 marzo 1997, n. 7, a favore delle guide e delle aspiranti guide alpine e loro superstiti costituisce un reddito assimilato a lavoro dipendente, ai sensi dell'art. 50, comma 1, lettera i) del testo Unico delle Imposte sui Redditi (D.P.R. 917/86)

CHIEDE

di non applicare le detrazioni d'imposta di cui agli articoli 12 e 13, commi 1 e 2, del Testo Unico delle Imposte sui Redditi e di applicare la seguente aliquota IRPEF:

- ☐ 23% per redditi complessivi compresi tra 0 e 28.000,00 Euro;
- ☐ 35% per redditi complessivi oltre 28.000,01 Euro e fino a 50.000,00 Euro;
- ☐ 43% per redditi complessivi oltre 50.000,01 Euro.

N.B. apporre una "X" in corrispondenza all'aliquota richiesta.

DATA FIRMA

_____ _____