

Droit de timbre de 16 euros acquitté, comme en fait foi le timbre fiscal apposé ici

au sens du D.P.R. n° 642/1972

Droit de timbre de 16 euros acquitté, comme en fait foi le timbre fiscal dématérialisé

au sens de l'autorisation de l'Agence des Impôts – Direction régionale de la Vallée d'Aoste réf. n° 8174/2012 (reçu annexé)

RÉGION AUTONOME VALLÉE D'AOSTE

Assessorat du Tourisme, des Sports et du Commerce

Organismes, professions du tourisme et sport

1, Place S. Caveri

11100 AOSTE AO

Objet: ANNÉE _____ – Liquidation de l'allocation de **réversion** visée à l'article 21 de la L.R. n. 7 du 7 mars 1997 (Réglementation de la profession de guide de haute montagne en Vallée d'Aoste) – **1^{ère} demande**

Je/nous soussigné/e(s) _____ C.F. _____

_____ C.F. _____

_____ C.F. _____

en qualité de veuf/veuve enfant(s) père/mère frère(s)/sœur(s)

du guide ou aspirant guide de haute montagne _____

(nom du guide ou de l'aspirant guide)

décédé/e le _____, averti(e) des sanctions prévues en cas de déclaration mensongère, de faux en écriture ou d'usage de faux, par l'article 76 du décret du président de la République n° 445/2000 et l'article 39 de la loi régionale n° 19/2007, et du fait que l'Administration régionale procèdera à des contrôles casuels de l'exactitude des déclarations fournies,

DÉCLARE/DÉCLARONS

au sens de l'art. 47 du D.P.R. n° 445/2000 et de l'art. 31 de la L.R. n° 19/2007

Partie à compléter par le VEUF/la VEUVE (lettre a du deuxième alinéa de l'article 24 de la L.R. n° 7/1997)

être toujours veuf/veuve

qu'aucun jugement définitif de séparation n'a été prononcé

avoir _____ enfant(s) à charge ne pas avoir d'enfants à charge

1^{er} enfant _____
(prénom et nom) (date de naissance) (lieu de naissance) (école fréquentée/année suivie)

2^e enfant _____
(prénom et nom) (date de naissance) (lieu de naissance) (école fréquentée/année suivie)

3^e enfant _____
(prénom et nom) (date de naissance) (lieu de naissance) (école fréquentée/année suivie)

4^e enfant _____
(prénom et nom) (date de naissance) (lieu de naissance) (école fréquentée/année suivie)

5^e enfant _____
(prénom et nom) (date de naissance) (lieu de naissance) (école fréquentée/année suivie)

DATE _____ SIGNATURE _____

J'annexe le certificat médical relatif à l'enfant _____

né/e à _____ le _____ et inapte au travail du fait de son invalidité permanente.

(pour la première demande seulement)

Partie à compléter par le ou les ENFANT(S), en l'absence de conjoint (lettre b du deuxième alinéa de l'article 24 de la L.R. n° 7/1997)

1^{er} enfant _____
(prénom et nom) (date de naissance) (lieu de naissance) (école fréquentée/année suivie)

2^e enfant _____
(prénom et nom) (date de naissance) (lieu de naissance) (école fréquentée/année suivie)

3^e enfant _____
(prénom et nom) (date de naissance) (lieu de naissance) (école fréquentée/année suivie)

4^e enfant _____
(prénom et nom) (date de naissance) (lieu de naissance) (école fréquentée/année suivie)

5^e enfant _____
(prénom et nom) (date de naissance) (lieu de naissance) (école fréquentée/année suivie)

DATE _____

Signature 1^{er} enfant _____

Signature 2^e enfant _____

Signature 3^e enfant _____

Signature 4^e enfant _____

Signature 5^e enfant _____

**Certificat médical relatif à l'enfant _____
né/e à _____ le _____ et inapte au travail du fait de son invalidité permanente.
(pour la première demande seulement)**

NB. En cas de tutelle, signature du tuteur légal.

Partie à compléter par le ou les PARENT(S), en l'absence de conjoint et d'enfants (lettre c du deuxième alinéa de l'article 24 de la L.R. n° 7/1997)

- Mère _____
(prénom et nom) (date de naissance) (lieu de naissance)
- Père _____
(prénom et nom) (date de naissance) (lieu de naissance)
- il n'y a ni conjoint, ni enfant survivants ayant droit à l'allocation de réversion.

DATE _____

Signature – Mère _____

Signature – Père _____

Partie à compléter par le/la ou les FRÈRE(S) et SŒUR(S), en l'absence de conjoint, d'enfants ou de parents, seulement en cas d'une incapacité de travail du fait d'une invalidité permanente (lettre d du deuxième alinéa de l'article 24 de la L.R. n° 7/1997)

<input type="checkbox"/> Frère	_____	_____	_____
	<i>prénom et nom</i>	<i>(date de naissance)</i>	<i>(lieu de naissance)</i>
<input type="checkbox"/> Sœur	_____	_____	_____
	<i>prénom et nom</i>	<i>(date de naissance)</i>	<i>(lieu de naissance)</i>
DATE _____	Signature – Frère _____		
	Signature – Sœur _____		

J'annexe le certificat médical attestant mon incapacité de travail (pour la première demande seulement).

DEMANDE/DEMANDONS

1 La liquidation de l'allocation de réversion au titre de l'année _____ ;

2 Le versement du montant y afférent sur le compte bancaire intitulé à _____ et dont le code IBAN est le suivant :

□	□	□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□
Cod. Pays européen	Cin	CIN	ABI	CAB	numéro du compte courant (12 chiffres)

1 La liquidation de l'allocation de réversion au titre de l'année _____ ;

2 Le versement du montant y afférent sur le compte bancaire intitulé à _____ et dont le code IBAN est le suivant :

□	□	□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□
Cod. Pays européen	Cin	CIN	ABI	CAB	numéro du compte courant (12 chiffres)

1 La liquidation de l'allocation de réversion au titre de l'année _____ ;

2 Le versement du montant y afférent sur le compte bancaire intitulé à _____ et dont le code IBAN est le suivant :

□	□	□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□
Cod. Pays européen	Cin	CIN	ABI	CAB	numéro du compte courant (12 chiffres)

DATE _____

SIGNATURE _____

SIGNATURE _____

SIGNATURE _____

ATTENTION: À COMPLÉTER SEULEMENT SI LES BÉNÉFICIAIRES AUTORISENT LE VERSEMENT DE L'ALLOCATION À UN SEUL D'ENTRE EUX

Prénom et nom de la personne titulaire du versement

Signature

Prénom et nom des éventuels bénéficiaires qui autorisent le versement à la personne susmentionnée	Signature

N.B. : Annexer la photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité de chaque ayant droit**INFORMATION AU SENS DE L'ARTICLE 13 DU RÈGLEMENT DE L'UNION EUROPÉENNE 2016/679 SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD)****TITULAIRE DU TRAITEMENT DES DONNÉES**

Le titulaire du traitement des données est la Région autonome Vallée d'Aoste, en la personne de son représentant légal *pro tempore*, installé au n°1 place Deffeyes à Aoste (11100) et joignable à l'adresse suivante de courrier électronique certifié : segretario_generale@pec.regione.vda.it.

DÉLÉGUÉ AU TRAITEMENT DES DONNÉES

Le délégué au traitement des données est le Dirigeant de la S.O. Organismes, professions du tourisme et sport, M.me Nadia Chenal, (tél.: 0165/275644 – courriel: n.chenal@regione.vda.it).

ADRESSES DU RESPONSABLE DE LA PROTECTION DES DONNÉES (DPO)

Le responsable de la protection des données pour la Région autonome Vallée d'Aoste peut être contacté aux adresses suivantes: privacy@pec.regione.vda.it (pour les titulaires d'une adresse de courrier électronique certifié) ou privacy@regione.vda.it Les communications doivent toujours être adressées « à l'attention du *Data Protection Officer (DPO)* de la Région autonome Vallée d'Aoste ».

FINALITÉS DU TRAITEMENT DES DONNÉES

Les données à caractère personnel collectées sont traitées – notamment au format numérique - et utilisées aux fins institutionnelles inhérentes à la procédure administrative pour laquelle elles ont été fournies, à savoir la liquidation des allocations destinées aux guides de haute montagne et de leurs héritiers, au sens de la L.R. n. 7 du 7 mars 1997. La communication de ces données est nécessaire aux fins du bon déroulement de la procédure susmentionnée. En cas de refus de communiquer les données demandées, il ne pourra être donné suite à la requête à laquelle fait référence cette information.

COMMUNICATION ET DIFFUSION DES DONNÉES.

Toutes les données à caractère personnel collectées sont traitées par le personnel de la S.O. Organismes, professions du tourisme et sport et du Département du tourisme, des sports et du commerce. Les données pourront être, de même traitées par le personnel des autres bureaux de l'Administration régionale, conformément aux instructions relatives aux finalités et aux modalités du dit traitement. Les données ne seront pas communiquées à des tiers, sauf dans les cas prévus par la loi, et ne seront pas divulguées.

PÉRIODE DE CONSERVATION DES DONNÉES

Les données sont conservées sur papier ou au format numérique dans les locaux du Département du tourisme, des sports et du commerce situés 1. Place S. Caveri Aoste (AO), en vue de la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été fournies et pour la durée prévue par la réglementation en matière de conservation des documents administratifs - notamment à des fins d'archivage - et, dans tous les cas, dans le respect des principes de licéité, de nécessité et de proportionnalité du traitement.

DROITS DU TITULAIRE DES DONNÉES

Le titulaire des données a la faculté d'exercer à tout moment les droits visés aux articles 15 et suivants du Règlement : il a en particulier le droit de demander la rectification ou l'effacement des données qui le concernent, ainsi que la limitation du traitement, ou celui de s'opposer au traitement des dites données, et ce, en présentant une réclamation au DPO de la Région autonome Vallée d'Aoste, aux adresses susmentionnées.

DROIT DE PRÉSENTER UNE RÉCLAMATION

Au sens de l'article 77 du Règlement, toute personne considérant que le traitement des données qui la concernent est effectué en violation des dispositions dudit règlement peut envoyer une réclamation au Garant pour la protection des données, à l'adresse indiquée sur le site www.garanteprivacy.it.

ATTENTION: CHAQUE AYANT DROIT DOIT PRÉSENTER CETTE DÉCLARATION

DÉCLARATION, CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 23 DU D.P.R. N° 600 DU 29 SEPTEMBRE 1973, MODIFIÉ PAR LA LETTRE D DE L'ARTICLE 7 DU DÉCRET LÉGISLATIF N° 314 DU 2 SEPTEMBRE 1997

Je soussigné/e _____

né/e à _____ le _____

code fiscal _____

résidant à _____

rue/hameau de _____ n. _____

tél. _____ portable _____ fax _____

courriel _____ courriel certifié _____

informé/e du fait que l'allocation visée à l'article 21 de la L.R. n° 7 du 7 mars 1997, destinée aux guides et aspirants guides de haute montagne et à leurs héritiers, est assimilée au revenu du travail salarié, au sens de la lettre i) du premier alinéa de l'article 50 du Texte unique des impôts sur les revenus (DPR n° 917/86),

DEMANDE

que ne me soient pas appliquées les déductions d'impôt visées aux alinéas 1 et 2 des articles 12 et 13 du Texte unique des impôts sur les revenus, mais le pourcentage de taxation IRPEF suivant :

N.B. Mettre une croix dans la case correspondant au pourcentage voulu.

- 23% pour un revenu global compris entre 0 et 28.000,00 Euros;
- 35% pour un revenu global de plus de 28.000,00 Euros et jusqu'à 50.000,00 Euros;
- 43% pour un revenu global de plus de 50.000,00 Euros.

DATE _____

SIGNATURE _____