

Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali
Struttura organizzativa disabilità e invalidità
civile
Ufficio invalidità civile
Loc. Grand Chemin, 4
11020 Saint-Christophe

OGGETTO: Istanza per la concessione di provvidenze economiche ai sensi della legge regionale 9 aprile 2003, n. 10 (Provvidenze a favore di nefropatici cronici e trapiantati. Abrogazione delle leggi regionali 7 dicembre 1979, n. 70 e 15 luglio 1985, n. 43).

Il/la sottoscritt _____ C.F. _____
nat_ a _____ Prov. _____ il _____
residente in _____ C.A.P. _____
Via/Fraz. _____ n. _____
tel./cell. _____ e-mail _____

- cittadino italiano
 cittadino UE iscritto all'anagrafe del Comune di _____ dal _____
 cittadino extracomunitario in possesso di:
 permesso di soggiorno n. _____
data di rilascio _____ data di scadenza _____
 carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo
n. _____ data di scadenza _____

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> rappresentante legale | <input type="checkbox"/> tutore |
| <input type="checkbox"/> curatore | <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno |
| <input type="checkbox"/> congiunto (specificare) _____ | <input type="checkbox"/> procuratore |

di _____ C.F. _____
nat_ a _____ Prov. _____ il _____
residente in _____ C.A.P. _____
Via/Fraz. _____ n. _____
tel./cell _____ e-mail _____

RIVOLGE

domanda al fine di ottenere la concessione delle provvidenze economiche ai sensi della legge regionale 9 aprile 2003, n. 10 e della deliberazione della Giunta regionale n. 291 in data 11 febbraio 2011.

DICHIARA
(artt. 30 e 31 della legge regionale 19/2007)

- Di aver iniziato i trattamenti di emodialisi ospedaliera il _____ presso l'ospedale di _____
- Di aver iniziato la dialisi domiciliare il _____
- Di aver iniziato la dialisi peritoneale il _____
- Di essere stat__ sottopost__ a trapianto di _____ il _____ presso l'ospedale di _____
- Di essere iscritt__ nelle liste di attesa dei registri regionali dei trapianti di _____ dal _____ e di sottoporsi, con cadenza almeno settimanale, a terapie continuative finalizzate al trapianto.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente, alla struttura regionale competente, il passaggio da un trattamento dialitico ad un altro, ovvero l'interruzione, ovvero l'avvenuto trapianto, al fine di provvedere alla rideterminazione o alla soppressione della provvidenza di cui trattasi.

ALLEGATI

- certificato della struttura sanitaria competente attestante la data di inizio ed il tipo di trattamento dialitico al quale si è sottoposti o la tipologia e la data di trapianto;
- certificato della struttura sanitaria competente attestante la data d'iscrizione nelle liste di attesa dei registri regionali dei trapianti nonché la data d'inizio e la tipologia delle terapie continuative, almeno con cadenza settimanale, finalizzate agli stessi;
- attestazione dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) relativa all'anno di presentazione della domanda;
- copia fotostatica, non autenticata, di un documento d'identità o di riconoscimento dell'interessato in corso di validità

MODALITA' DI LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO

- Conto corrente bancario/postale (formato in totale da 27 caratteri):

COORDINATE BANCARIE COMPLETE DI CONTO					
CODICE IBAN					
2 lettere	2 numeri	1 lettera	5 numeri	5 numeri	12 numeri
STATO	CIN internazionale	CIN nazionale	ABI	CAB	CONTO

- Pagamento **in contanti** del beneficio, *per importi inferiori a € 1.000,00 (mille euro)*, art. 12 d.l. 201/2011, presso l'**UNICREDIT BANCA** Spa

(Segnalare la modalità di pagamento prescelta avendo cura, nel caso di versamento su conto corrente bancario o postale, di compilare esattamente quanto richiesto)

AVVERTENZE

Ai sensi dell'articolo 33 della legge regionale 19/2007, l'Amministrazione regionale 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 vigenti in materia.

INFORMATIVA

Ex articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Ai fini dell'art. 13 d.lgs. 196/2003, si informa che i Suoi dati personali sono trattati per via informatica e/o cartacea, ai fini della concessione delle provvidenze economiche previste dalla legge regionale 10/2003 e successive modificazioni. L'eventuale rifiuto di conferire i dati personali che vengono comunicati e diffusi per fini istituzionali, preclude l'accesso alla provvidenze suddette. L'interessato può esercitare i diritti di cui agli articoli 7 e 8 d.lgs. 196/2003. Il titolare del trattamento dei dati è la Regione Autonoma Valle d'Aosta, Presidenza della Regione, con sede in Piazza Deffeyes, 1 – Aosta. Il responsabile del trattamento dei dati è il Coordinatore del Dipartimento Sanità, Salute e Politiche sociali.

Luogo e data _____

Firma _____

(allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto)

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.

QUADRO A	<p>Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare.</p> <p>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.</p> <p>Si attesta che la dichiarazione sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal/la sig./raidentificato/ mediante il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.</p> <p>Data Firma del funzionario incaricato</p>
QUADRO B	<p>Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare.</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 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 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 identificato/a mediante il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di che il/la sig./a ha il seguente impedimento temporaneo a firmare</p> <p>Data Firma del funzionario incaricato</p>