

**MODULO per minori/interdetti**

**MARCA DA BOLLO**  
(valore corrente)

ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA  
Assessorato Turismo, Sport, Commercio e Trasporti.  
Trasporto pubblico  
Loc. Autoporto n. 32  
11020 POLLEIN (AO)

**OGGETTO:** Domanda per l'accesso al servizio di trasporto a favore di persone disabili, di cui all'art.56 della legge regionale 1° settembre 1997, n. 29 e successive modificazioni.

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale:\_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante

**CHIEDE**

Per conto del minore/interdetto invalido \_\_\_\_\_

di usufruire del servizio di trasporto per disabili di cui all'art. 56 della legge regionale 1° settembre 1997, n.29, mediante uno dei seguenti mezzi:

TAXI

o

AUTOVEICOLO ATTREZZATO PER L'ELEVAZIONE DELLE CARROZZINE

e che le comunicazioni relative al servizio vengano recapitate al seguente indirizzo:

(Cognome, Nome e Indirizzo)\_\_\_\_\_

n.telefonico\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**1) di conoscere e di accettare quanto previsto dai criteri e le modalità di fruizione del servizio approvate con deliberazione della Giunta regionale n. 785 del 27 marzo 2009.**

**E**

**Ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 30 e 31 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19**

Che l'invalido minore/interdetto \_\_\_\_\_

2) è nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale:\_\_\_\_\_

è residente nel Comune di \_\_\_\_\_



a) che le persone sotto elencate hanno percepito **SOLO** reddito da lavoro dipendente o da pensione rilevabili da Modello C.U.D. - come a fianco di ognuno indicato:

(Cognome e Nome)      (Importo **LORDO** percepito nell'anno 20\_ \_)      (Ente erogatore)  
**Ultimo reddito dichiarato**

---

---

---

---

---

b) che le persone sotto elencate sono titolari di reddito complessivo I.R.E (ex. I.R.P.E.F) rilevabile da Modello Unico o Mod. 730/3, come a fianco di ognuno indicato:

(Cognome e Nome)      (Importo **LORDO** percepito nell'anno 20\_ \_)      (Tipo Modello)  
**Ultimo reddito dichiarato**

---

---

---

---

---

c) che le persone sotto elencate sono titolari **ANCHE** di altre entrate NON IMPONIBILI I.R.E. (ex. I.R.P.E.F.) o tassate alla fonte a titolo di imposta – es. rendite INAIL, indennità di accompagnamento, assegno mensile, o pensione di inabilità, pensione per cecità assoluta, per sordomutismo indennità speciale per ciechi ventesimalisti, indennità di comunicazione, per sordomutismo, indennità di frequenza per invalidi minori, assegni alimentari, redditi da capitale, redditi conseguiti all'estero ecc...- come a fianco di ognuno indicato:

(Cognome e Nome)      (Importo **LORDO** percepito nell'anno 20\_ \_)      (Ente erogatore)  
**Ultimo reddito dichiarato**

---

---

---

---

---

7) che il reddito annuo complessivo lordo comprensivo di tutte le entrate del nucleo familiare anagrafico indicato al punto 5), relativamente all'anno 20\_ \_ (somma dei punti a, b, c) è di \_\_\_\_\_ euro

---

**Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste dalle disposizioni in vigore ( art. 39 della L.r. 19/2007 ) in caso di dichiarazioni false, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità. Dichiara, altresì, di essere a conoscenza della decadenza dei benefici conseguenti all'emanazione del provvedimento basato su dichiarazione non veritiera ( art. 33 della L.r. 19/2007 ), di rendere i dati sotto la propria responsabilità e di essere consapevole che l'Amministrazione procederà ai controlli previsti dall'art. 33 della L.r. 19/2007.**

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore ( se la sottoscrizione non viene apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere l'istanza)
- per il punto g) certificato rilasciato dal Dipartimento di prevenzione dell'Azienda U.S.L.
- per il punto 2 bis) certificato rilasciato dal Dipartimento di prevenzione dell'Azienda U.S.L.

Data, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

---

Si comunica che la data di avvio del procedimento di autorizzazione all'utilizzo del servizio di trasporto per disabili coincide con quella del protocollo in entrata della presente istanza e che i nominativi del responsabile dell'istruttoria e del responsabile del procedimento sono reperibili nella sezione trasporti del sito della Regione ([www.regione.vda.it](http://www.regione.vda.it)).

INFORMATIVA AI SENSI DELL' ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003, N. 196

“CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”

I dati personali contenuti nella presente domanda sono raccolti e conservati con modalità idonee a garantire la massima riservatezza e sicurezza presso gli archivi cartacei e informatizzati dell'Amministrazione regionale a cui è diretta l'istanza. Il contenuto dei dati è obbligatorio ed è finalizzato allo svolgimento delle funzioni istituzionali previste dalla **legge regionale n. 29/1997 ( art. 56 )**. I dati conferiti potranno essere comunicati, anche per via telematica, per le stesse finalità di carattere istituzionale, comunque nel rispetto dei limiti previsti dall'art. 18 del D.L. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è l'Amministrazione regionale a cui è diretta l'istanza, a cui l'interessato può sempre rivolgersi per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.L. 196/2003.