

Sub Allegato A.1 "Scheda caregiver familiare" del presente documento:

**Il/la Sottoscritto/a Nome e Cognome**

nato a ..... il .....

residente in .....

**Codice fiscale**

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

di essere "CAREGIVER FAMILIARE" di .....(nome e cognome dell'assistito)

nato a ..... il .....

residente in .....

domiciliato in (se diverso dalla residenza)

**Codice fiscale**

**DICHIARA**

inoltre, di essere:

genitore

coniuge

convivente di fatto

familiare entro il secondo grado (specificare ad es. Genitori nonno/nipote o fratello /sorella)

affine (specificare parenti dell'altro coniuge entro il secondo grado, es. cognati o nonno dell'altro coniuge)

familiare entro il terzo grado (specificare ad es. bisnonno o zio o nipote di zio) nelle ipotesi previste all' art. 33, comma 3 Legge 104/1992) e nel caso in cui l'assistito sia riconosciuto invalido ai sensi dell'art. 3 , comma 3 della Legge 104/1992 o titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 1.

altro .....

di essere caregiver da: (indicazione durata)

di essere impegnato nell'attività di caregiving per circa h/giorni: (dichiarazione dell'intensità dell'impegno di cura)

Luogo e data:

Firma:

Si allega informativa privacy e consenso al trattamento dei dati.

**Il/la Sottoscritto/a Nome e Cognome**

nato a ..... il .....

residente in .....

**Codice fiscale**

Oppure

**Il/la Sottoscritto/a Nome e Cognome nominato con provvedimento del Giudice tutelare**

nato a ..... il .....

residente in .....

**Codice fiscale**

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

che il Sig./Sig.ra è il proprio caregiver familiare.

Luogo e data:

Firma:

**Sezione a cura dei servizi**

Si conferma che il/la Sig./a ..... è stato/a incluso/a nel PAI del/della proprio/a assistito/a, con disabilità o non autosufficienza in data .....

Contatti minimi obbligatori annuali con il referente /Case manager

Copia della scheda, in sede di sottoscrizione di PAI, verrà consegnata al caregiver familiare riconosciuto.