

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

| |
|--|
| <p>Il/la Sottoscritto/a Nome e Cognome nato a.....il residente in</p> <p>Codice fiscale</p> <p>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</p> <p style="text-align: center;">DICHIARA</p> <p>di essere "CAREGIVER FAMILIARE" di(nome e cognome dell'assistito) nato a il residente in domiciliato in (se diverso dalla residenza) Codice fiscale</p> <p style="text-align: center;">DICHIARA</p> <p>inoltre, di essere: o genitore o coniuge o convivente di fatto o familiare entro il secondo grado (specificare ad es. Genitori nonno/nipote o fratello /sorella) o affine (specificare parenti dell'altro coniuge entro il secondo grado, es. cognati o nonno dell'altro coniuge) o 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 ella Legge 104/1992 o titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 1. o altro</p> <p>di essere caregiver da: (indicazione durata)</p> <p>di essere impegnato nell'attività di caregiving per circa h/giorni: (dichiarazione dell'intensità dell'impegno di cura)</p> <p>Luogo e data: Firma:</p> <p>Si allega informativa privacy e consenso al trattamento dei dati.</p> |
| <p>Il/la Sottoscritto/a Nome e Cognome nato a.....il residente in</p> <p>Codice fiscale</p> <p>Oppure</p> <p>Il/la Sottoscritto/a Nome e Cognome nominato con provvedimento del Giudice tutelare nato a.....il residente in</p> <p>Codice fiscale</p> <p>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</p> <p style="text-align: center;">DICHIARA</p> <p>che il Sig./Sig.ra è il proprio caregiver familiare.</p> <p>Luogo e data: Firma:</p> |
| <p>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</p> <p>Contatti minimi obbligatori annuali con il referente /Case manager</p> <p>Copia della scheda, in sede di sottoscrizione di PAI, verrà consegnata al caregiver familiare riconosciuto.</p> |