

**Allegato A.1 “Scheda caregiver familiare”**

**Il/la Sottoscritto/a** [ ]

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 [ ]

nato a [ ] il [ ]

residente in [ ]

domiciliato in [ ]

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 rio o nipote di rio) 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.
- altro .....

di essere caregiver da: [ ]

di essere impegnato nell’attività di caregiving per circa h/giorni: [ ]

Luogo e data: [ ]

Firma: [ ]

Si allega informativa privacy e consenso al trattamento dei dati.

**Il/la Sottoscritto/a** [redacted]

nato a [redacted]

il [redacted]

residente in [redacted]

Codice fiscale [redacted]

Oppure

**Il/la Sottoscritto/a** [redacted]

nominato con

provvedimento del Giudice tutelare, nato a [redacted]

il

[redacted]  
residente in [redacted]

Codice fiscale [redacted]

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 [redacted]

è il proprio caregiver

familiare.

Luogo e data: [redacted]

Firma: [redacted]

**Sezione a cura dei servizi**

Si conferma che il/la Sig./a [redacted]

è stato/a

incluso/a nel PAI del/della proprio/a assistito/a [redacted],

con disabilità o non autosufficienza in data [redacted]

Contatti minimi obbligatori annuali con il referente/Case manager [redacted]

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