



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

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome).....  
nato a ..... il .....  
residente in..... Prov. (.....) via .....  
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 (se diverso dalla residenza).....  
Codice Fiscale.....

DICHIARA

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 della Legge 104/1992 o titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 1.
- o altro.....

di essere caregiver da: (indicazione durata).....

di essere impegnato nell'attività di caregiver per circa h/giorni: (dichiarazioni 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 ..... via..... Prov. (.....)

Codice Fiscale.....

oppure

Il/La sottoscritto/a Nome e Cognome ..... nominato con provvedimento del Giudice tutelare  
nato a ..... il .....  
residente in ..... via..... Prov. (.....)  
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./ra..... è stato/a incluso/a nel PAI del/della proprio/a assistito/a con disabilità o non autosufficiente in data.....

Contatti minimi obbligatori annuali con il referente Case manager

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