**DICHIARAZIONE CAREGIVER FAMILIARE**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

*La validità di questa dichiarazione è subordinata all’individuazione formale del sottoscrittore come caregiver nel Progetto personalizzato della persona accudita*

### Il/la Sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Data di nascita |  |
| Indirizzo di residenza |  |
| Codice fiscale |  |

Consapevole che chiunque rilascia 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**”

“persona che presta volontariamente cura e assistenza” a un proprio caro non autonomo.1

## DICHIARA inoltre

|  |  |
| --- | --- |
| Numero di telefono di contatto |  |
| PEC |  |
| Qualunque altra informazione ritiene utile darci (Amministratore di sostegno, tutore, curatore, ecc.) |  |
| Legame (coniugio, parentela, affinità, amicizia, altro) |  |
| Anno di nascita dell’assistito |  |
| Sesso dell’assistito |  |
| Nome e cognome dell’assistito |  |

#### Data:

 Firma del caregiver Firma dell’assistito

**Sezione a cura dei servizi sociali e sanitari locali**

Si conferma che il/la Sig./a ……………………………………………… è stato/a incluso/a nel Progetto personalizzato del proprio caro non autonomo in data ………………………………. a cura del Servizio

……………………………………………………….