



## Distretto socio sanitario RM 5.2

Ufficio del Piano di zona

Allegato 7

### SCHEDA CAREGIVER FAMILIARE

DGR 341 del 08/06/2021

**Il/la Sottoscritto/a** (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente in via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
comune di \_\_\_\_\_ 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

di essere "caregiver familiare" di (nome e cognome dell'assistito) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente in via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
comune di \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)  
domiciliato in \_\_\_\_\_ (se diverso dalla residenza) in via/P.zza \_\_\_\_\_  
comune di \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Inoltre di essere:

o genitore

o coniuge

o convivente di fatto

Comune di Guidonia Montecelio prot. partenza n. 0035630 del 28-03-2024

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'altroconiuge)

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 \_\_\_\_\_

o di essere caregiver da: (indicazione durata) \_\_\_\_\_

o di essere impegnato nell'attività di caregiving per circa h/giorni: (dichiarazione dell'intensità dell'impegnodi cura) \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Si allega informativa privacy e consenso al trattamento dei dati.

**Il/la Sottoscritto/a** (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( ) il \_\_\_\_\_

residente in via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ Prov. ( )

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Oppure

**Il/la Sottoscritto/a** (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

nominato con provvedimento del Giudice tutelare n..... del.....

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( ) il \_\_\_\_\_

residente in via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ Prov.( \_\_\_\_\_ )

domiciliato in (se diverso dalla residenza) in via/P.zza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) comune

di \_\_\_\_\_

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/la Sig./Sig.ra (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

è il proprio caregiver familiare.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma

**Sezione a cura dei servizi**

Si conferma che il/la Sig./a (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

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.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma