

**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 edelle  
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 avere con la persona sopra indicata il seguente rapporto:

- 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 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.
- altro
- di essere caregiver da: (indicazione durata) \_\_\_\_\_
- di essere impegnato nell'attività di caregiving per circa h/giorni: (dichiarazione dell'intensità dell'impegno di cura) \_\_\_\_\_
- di autorizzare ai sensi della normativa vigente il trattamento dei dati per le finalità del presente avviso

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

Firma  
\_\_\_\_\_

**dichiarazione da compilare a cura della persona assistita o dal tutore/AdS o delegato**

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  
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 \_\_\_\_\_

**consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale edelle  
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 sociali**

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.