

Al Distretto Socio Sanitario n.27
c/o l'Ufficio Servizi Sociali del
Comune di _____

Oggetto: Dichiarazione attività di cura resa dal Caregiver – DISABILI GRAVI.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____ il _____ residente a _____
in via _____ C.F.: _____ telefono _____ e-mail _____ in qualità di
Caregiver familiare **del/della** **signore/a** _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ in via _____ C.F.: _____
telefono _____ e-mail _____, richiedente il Contributo economico una tantum per il sostegno
del ruolo di cura e di assistenza dei caregiver familiari di soggetti affetti da disabilità grave e gravissima (F.N.A.
Stato- Annualità 2022)

dichiara

ai sensi della normativa vigente in materia di autocertificazioni, in conformità all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000,
n. 445 e consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76
del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28
dicembre 2000, n. 445),

- di essere informato del ruolo e delle funzioni svolte dal familiare Caregiver (che si prende cura per più tempo
dell'assistito, svolge una funzione di assistenza diretta alla persona, ed è coinvolto nella sua cura quotidiana);
- di aver svolto, in qualità di caregiver, per l'anno 2022, dal _____ al _____ così
come indicato nella normativa vigente in materia, nei confronti della persona assistita su indicata, le
seguenti attività:
 - di cura e assistenza alla persona;
 - di somministrazione farmaci;
 - di sorveglianza diurna;
 - di disbrigo pratiche;
 - di sorveglianza notturna;
 - di accompagnamento per visite mediche.
 - Altro _____
- di aver preso visione e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (c.d. Informativa
Privacy) di cui all'art. 13 del Reg. UE 679/2016.

Allega, alla presente, copia di documento d'identità in corso di validità.

Data e luogo _____

Il dichiarante _____
(Caregiver)