### vt5_alta_risoluzioneCONSORZIO T.I.Ne.R.I.

(Provincia di Viterbo)

DISTRETTO SOCIALE VITERBO 5

UFFICIO DI PIANO

Piazza dello spedale, Nepi

<tel:0761/559006>

pec :[consorziotineri@legalmail.it](mailto:consorziotineri@legalmail.it)

*DGR341/2021 sub Allegato A.1 ,*

***“ Scheda Caregiver familiare”***

|  |
| --- |
| l/la Sottoscritto/a Nome e Cognome  nato a.......................................il  residente in ..........................  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 in (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 Legge104/1992) 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 ................  di essere caregiver da: (indicazione durata)  di essere impegnato nell’attività di caregiving per circa h/giorni: (dichiarazione 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 ..........................  Codice fiscale  Oppure  Il/la Sottoscritto/a Nome e Cognome nominato con provvedimento del Giudice tutelare  nato a.......................................il  residente in ..........................  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./a ...................................................... 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. |