### 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

*DGR341/2021 sub Allegato A.1 ,*

 ***“ Scheda Caregiver familiare”***

|  |
| --- |
| l/la Sottoscritto/a Nome e Cognomenato a.......................................ilresidente in ..........................Codice fiscaleconsapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali inmateria, 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 genitoreo coniugeo convivente di fattoo 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 Cognomenato a.......................................ilresidente in ..........................Codice fiscaleOppureIl/la Sottoscritto/a Nome e Cognome nominato con provvedimento del Giudice tutelarenato a.......................................ilresidente in ..........................Codice fiscaleconsapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali inmateria, 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 managerCopia della scheda, in sede di sottoscrizione di PAI, verrà consegnata al caregiver familiare riconosciuto. |