

Comune di Bracciano
Area Servizi Sociali ed Istruzione
Ufficio di Piano
Piazza Quattro Novembre 6,
00062 Bracciano (Rm)

bracciano.protocollo@pec.it

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 (barrare a seconda della pertinenza):

- ☐ 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 11/02/1980, 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 il Comune di Bracciano, capofila del distretto RM.4.3, Responsabile del Trattamento dei Dati Personali ex Regolamento UE n.679/2016 e D.Lgs.n.196/2003, come aggiornato dal D.Lgs.n.101/2018, al trattamento ed alla diffusione dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente provvedimento, che vengono trattati anche con strumenti informatici.

Luogo e data: _____ Firma _____

Il/la Sottoscritto/a (Nome e Cognome), in qualità di Assistito _____

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 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.