

Amministrazione destinataria

Ufficio destinatario

Autodichiarazione caregiver familiare

Il sottoscritto									
Cognome			Nome				Codice Fiscale		
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata		

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di essere "caregiver familiare", ossia persona che presta volontariamente cura e assistenza a un proprio caro non autonomo, della seguente persona

Cognome					Nome					
Sesso	Data di nascita									
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>		

- che la persona assistita ha limitazioni alla capacità giuridica

Legame (coniuge, parentela, affinità, amicizia, altro)
Altre informazioni utili (amministratore di sostegno, tutore, curatore, ecc.)

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Sezione a cura dei servizi sociali e sanitari locali

Si conferma che il/la
è stato/a incluso/a nel Progetto personalizzato del proprio caro nn autonomo in data
a cura del Servizio

firma operatore

Luogo	Data	Il dichiarante