

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE “VENAFRO”

(Deliberazione del Consiglio Regionale n. 238 del 06 ottobre 2020)

COMUNI ASSOCIATI

(Acquaviva d'Isernia, Castel S. Vincenzo, Cerro al Volturno, Colli al Volturno, Conca Casale, Filignano, Fornelli, Montaquila, Montenero Val Cocchiara, Pizzone, Pozzilli, Rionero Sannitico, Rocchetta al Volturno, Scapoli, Sesto Campano, Venafro)

CITTA' DI VENAFRO

Medaglia D'Oro al Valore Civile

ENTE CAPOFILA

Allegato n. 4

AUTODICHIARAZIONE DEL CARE GIVER

**Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)**

Il /la sottoscritto/a

cognome _____ nome _____

nato/a _____ prov. _____ il ____/____/____ residente a

_____ via _____ n. _____

Contatto telefonico. _____ Email _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- ☐ Di essere caregiver che fornisce assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto;
- ☐ Di avere il domicilio in una distanza compatibile con gli impegni di assistenza al beneficiario;

di cognome _____ nome _____

nato/a _____ prov. _____ il ____/____/____ residente a

_____ via _____ n. _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In quanto impiegato principalmente in queste attività (barrare le opzioni di interesse):

☐ cura dell'igiene personale

☐ preparazione/somministrazione pasti

☐ somministrazione di farmaci/terapie

☐ presenza durante i momenti di riposo, contrattualmente previsti, dell'assistente familiare regolarmente assunto

☐ co-presenza durante la somministrazione di cure mediche e sociosanitarie da parte di personale esperto

☐ disbrigo di pratiche amministrative

☐ altro _____

DICHIARA INOLTRE

di:

☐ **NON** aver assunto il ruolo di caregiver per più di due persone contemporaneamente richiedenti il Programma Regionale per la Non Autosufficienza delle Regione Molise;

☐ essere occupato con contratto di lavoro di ____ ore settimanali

☐ di essere libero professionista

☐ di essere pensionato (artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

☐ disoccupato

☐ altro _____

Firma del Care Giver

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) "Codice in materia di protezione dei dati personali", per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data

Firma del Care Giver
