



AUTODICHIARAZIONE ALL'ASSUNZIONE DELL'IMPEGNO QUALE CAREGIVER A FAVORE DEL RICHIEDENTE NONCHÉ AUTOCERTIFICAZIONE VOLTA AD ATTESTARE IL DOMICILIO DEL CAREGIVER COMPATIBILE CON GLI IMPEGNI DI ASSISTENZA

Il/la sottoscritto/a cognome _____
nome _____ nato/a _____ prov. _____
_____ il ____/____/____ residente a _____ via _____
_____ n. _____ c.f. _____ tel. _____
_____ cell. _____ mail _____

consapevole che l'ATS di Venafro, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA

di essere a conoscenza che la Legge n. 205/2017 definisce caregiver *“il familiare/la persona di fiducia che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18”*; di assumere l'impegno di svolgere il ruolo di caregiver, ai sensi della Legge n. 205/2017, in favore di:

cognome _____ nome _____
_____ nato/a _____ prov. _____ il ____/____/____ residente a _____
_____ via _____ n. _____ c.f. _____



_____ tel. _____ cell.
_____ mail _____

› che il proprio domicilio è compatibile con gli impegni di assistenza in favore di:

cognome _____ nome _____

ALLEGA

- (1) copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'interessato (potenziale beneficiario) e dell'eventuale richiedente (familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno);
- (2) copia del documento di riconoscimento in corso di validità del caregiver.

Luogo e data

Firma
