

## Dichiarazione di individuazione del caregiver familiare

Dati della persona disabile o non autosufficiente assistita , ovvero del suo tutore  o curatore  o amministratore di sostegno  (Barrare la casella di interesse)

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Genere F/M \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_

### INDICA

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_

**In qualità di caregiver familiare per lo svolgimento delle attività di cura di cui necessita nella vita quotidiana e di relazione, per il suo benessere psico-fisico;**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*La presente dichiarazione è resa sotto la propria personale responsabilità e consapevolezza delle sanzioni previste dall'art. 76 dei DPR445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1 del medesimo DPR.*