

**Dichiarazione di individuazione del caregiver familiare**

Dati della persona disabile o non autosufficiente assistita, ovvero (Barrare la casella di interesse) :

- del suo tutore
- curatore
- amministratore di sostegno

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.