Pagus Consorzio Intercomunale Dei Servizi Sociali Distretto RM 5.2 0003245 del 12-06-2026 - partenza

PAGUS

Consorzio intercomunale dei Servizi Sociali
Distretto RM 5.2

Allegato 6 -
Scheda caregiver familiare - Disabilità gravissima

al PUA: pua.guidonia@pec.aslroma5.it

SCHEDA CAREGIVER FAMILIARE

DGR 341/2021 - L.R. 05/2024

Il/la sottoscritto/a ……

Nato/a il ……..a ……..

Residente nel Comune di …….. Prov…….. Cap…….

Domiciliato nel Comune di ……Prov……. Cap……

In P.zza/Via …… n. ……

Tel …… Cell …….. Mail ……

Codice Fiscale …….

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere "Caregiver Familiare" di (nome e cognome dell'assistito) …….

nato/a a …….. Prov. (.....) il …….

residente in via/P.zza …….. n. ……

comune di ……Prov. (.....)

domiciliato in (se diverso dalla residenza) in via/Piazza …….

comune di ……. Prov. (.....)

Codice fiscale ……..

DICHIARA ALTRESÌ

Inoltre di essere:

- ☐ genitore;
- ☐ coniuge;
- ☐ convivente di fatto;
- ☐ familiare entro il secondo grado (specificare ad es. Genitori nonno/nipote o fratello /sorella);
- ☐ affine (specificare parenti dell'altro coniuge entro il secondo grado, es. cognati o nonno dell'altro coniuge);
- ☐ familiare entro il terzo grado (specificare ad es. bisnonno o zio o nipote di zio) nelle ipotesi previste all' art. 3, comma 3 Legge 104/1992) e nel caso in cui l'assistito sia riconosciuto invalido ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992 o titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 1.
- ☐ nominato con provvedimento del Giudice tutelare _____del_____
- ☐ o altro_____

di essere Caregiver Familiare da: (indicazione durata) _____

di essere impegnato nell'attività di *caregiving* per circa h/giorni: (dichiarazione dell'intensità dell'impegno di cura) _____.

AUTORIZZO

l trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e data: _____

Firma

_____

Pagus Consorzio Intercomunale Dei Servizi Sociali Distretto RM6.3 - partenza prot. 0000859 del 11-06-2026 - 0000859 del 12-06-2026