

**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 socio-sanitarie 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
