

**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 sociosanitarie 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 della 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 Caregiver

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 Caregiver
