



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA BUONO SOCIALE CAREGIVER - ALLEGATO A

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Codice fiscale

Data di nascita

Genere

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

DICHIARA DI

☐

ESSERE IL CAREGIVER DI:

Cognome

Nome

Codice fiscale

Genere

Luogo e data di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

☐

in qualità di parente, familiare o affine dell'interessato (indicare grado di parentela) _____

☐

di assistere il beneficiario per circa n. ore _____ a settimana

☐

di risiedere nello stesso comune della persona invalida o entro un raggio di 25 Km dall'abitazione dell'assistito

Barrare una delle seguenti caselle:

☐

essere disoccupato dal _____;

☐

essere inoccupato dal _____

☐

essere pensionato dal _____;

☐

lavorare part-time nella seguente fascia oraria _____;

☐

essere in aspettativa dal lavoro dal _____ al _____.

☐

Di essere consapevole che il Comune di residenza potrà effettuare a campione dei controlli per la verifica di quanto autocertificato.

Principali attività nel ruolo di caregiver:

☐

cura dell'igiene personale

☐

preparazione e/o somministrazione pasti

☐

somministrazione di farmaci e/o terapie

☐

co-presenza durante la somministrazione di cure mediche e sociosanitarie da parte del personale esperto

☐

disbrigo pratiche amministrative



Altro _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n.196)



dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.