



ALLEGATO alla domanda

**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. _____

CODICE FISCALE														

Contatto telefonico. _____ Email _____

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 cognome _____ nome _____

nato/a _____ prov. _____ il ___/___/_____

residente a _____ via _____ n. _____

CODICE FISCALE														



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 delle Regione Molise;
- essere stato nel medesimo frangente temporale 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 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data

Firma del Caregiver
