



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 socio-sanitarie 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.