

In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale



Dichiarazione sostitutiva buono sociale caregiver - Allegato A

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
				Scala	Piano
					SNC <input type="checkbox"/>
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di essere il caregiver di

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
				Scala	Piano
					SNC <input type="checkbox"/>
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

in qualità di parente, familiare o affine dell'interessato

Grado di parentela

di assistere il beneficiario per circa
Numero di ore a settimana

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

di essere disoccupato dal
Data

di essere inoccupato dal
Data

di essere pensionato dal

Data

di lavorare part-time nella seguente fascia

Fascia oraria

Dalle

Alle

di essere in aspettativa dal lavoro

di svolgere le seguenti attività nel ruolo di caregiver

cura dell'igiene personale

preparazione o somministrazione pasti

somministrazione di farmaci o terapie

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

disbrigo pratiche amministrative

Luogo

Data

il dichiarante