



Modulo SS16 REV 1.0 -2022

### ISCRIZIONE REGISTRO CAREGIVER FAMILIARE

**INSERIRE CODICE FISCALE DEL CAREGIVER IN MANIERA LEGGIBILE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**BARRARE COMUNE DI RESIDENZA**

**CERVETERI**

**LADISPOLI**



Comune di  
Cerveteri

### DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 4.2 SCHEDA CAREGIVER FAMILIARE



COMUNE DI  
LADISPOLI

DGR 341 del 08/06/2021

**Il/la Sottoscritto/a** (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( ) il \_\_\_\_\_

residente in via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ Prov. ( )

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76**

**D.P.R. n. 445/2000**

### DICHIARA

di essere “caregiver familiare” di (nome e cognome dell’assistito) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( ) il \_\_\_\_\_

residente in via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ Prov. ( )

domiciliato in (se diverso dalla residenza) in via/P.zza \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ Prov. ( )

Codice fiscale \_\_\_\_\_



Modulo SS16 REV 1.0 -2022

## DICHIARA

inoltre, di essere:

o genitore

o coniuge

o convivente di fatto

o familiare entro il secondo grado (specificare ad es. Genitori nonno/nipote o fratello /sorella)

o affine (specificare parenti dell'altro coniuge entro il secondo grado, es. cognati o nonno dell'altro coniuge)

o familiare entro il terzo grado (specificare ad es. bisnonno o zio o nipote di zio) nelle ipotesi previste all' art. 33, comma 3 Legge 104/1992) e nel caso in cui l'assistito sia riconosciuto invalido ai sensi dell'art. 3 , comma 3 ella Legge 104/1992 o titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 1.

o altro \_\_\_\_\_

o di essere caregiver dal: \_\_\_\_\_( RIPORTARE LA DATA DI INIZIO PATOLOGIA UTENTE)

Luogo e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Il/la caregiver**

Il/la sottoscritto ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo ACCONSENTE al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

\_\_\_\_\_  
**Il/la caregiver**

**Il/la Sottoscritto/a** (Nome e Cognome dell'utente disabile) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( ) il \_\_\_\_\_

residente in via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ Prov. ( )

Codice fiscale \_\_\_\_\_



Modulo SS16 REV 1.0 -2022

**Oppure ( da compilare se  
utente minorenni o in  
tutela)**

Il/la Sottoscritto/a (Nome e Cognome del tutore) \_\_\_\_\_

nominato con provvedimento del Giudice tutelare

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( ) il \_\_\_\_\_

residente in via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ Prov. ( )

domiciliato in (se diverso dalla residenza) in via/P.zza \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ Prov. ( )

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del  
codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76**

**D.P.R. n. 445/2000**

DICHIARA

che il/la Sig./Sig.ra (Nome e Cognome caregiver) \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**è il proprio caregiver familiare.**

Luogo e data: \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

***DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM4.2***

