



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 SCHEMA 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 _____

telefono _____

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

