

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLO STATUS DI CAREGIVER FAMILIARE



IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Indirizzo di residenza	
Codice Fiscale	
Cittadinanza	
Stato civile	☐ Nubile/Celibe ☐ Convivente ☐ Coniugato ☐ Separato

	☐ Divorziato ☐ Vedovo
Titolo di studio	
Recapito telefonico	
Indirizzo e-mail	

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 DPR N. 445/2000, ai fini del riconoscimento del proprio status di caregiver familiare

DICHIARA

di essere CAREGIVER FAMILIARE

(persona che presta volontariamente cura ed assistenza come previsto all'art 2 comma 1 della L.R.5/24)

A.1 DATI DELL' ASSISTITO

Nome e cognome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Residenza	
Da quando si trova in condizione di disabilità	
Certificazioni	☐ Art 3 Comma 3 ☐ Indennità Di Accompagno
Tipologia di difficoltà prevalenti	☐ Motorie ☐ Cognitive ☐ Relazionali ☐ Altro Specificare _____
L'assistito può essere lasciato solo?	☐ Sì ☐ No ☐ Per poco tempo: (Max/ore _____ Min./ore _____)

A.2 RAPPORTI DI PARENTELA CON L'ASSISTITO

- ☐ coniuge;
- ☐ altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso ai sensi dell'articolo 1, comma 20 della legge 20 maggio 2016, n. 76
- ☐ convivente di fatto ai sensi dell'articolo 1, comma 36 della legge 20 maggio 2016, n. 76;
- ☐ familiare o affine entro il secondo grado;
- ☐ familiare entro il terzo grado (mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, ovvero qualora gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età)
- ☐ NON FAMILIARE convivente con la persona bisognosa di cura ed assistenza garantendone la permanenza nel proprio ambiente familiare.

DICHIARA INOLTRE:

B.1 CONDIZIONE LAVORATIVA

sto attualmente lavorando dall'anno _____ con n. _____ anni di contributi	☐ dipendente pubblico ☐ dipendente privato ☐ lavoratore autonomo
ore di impegno lavorativo giornaliero	
essere caregiver ha comportato	☐ riduzione orario lavoro ☐ rimodulazione attività lavorativa ☐ uso smart working ☐ nessun cambiamento lavorativo
utilizzo permessi previsti dalla legge	permessi l.104 congedi per n° ore mensili _____

ho dovuto rinunciare al lavoro	☐ sì per fare caregiver ☐ sì per altro ☐ no
attualmente la mia occupazione è	☐ pensionato ☐ non occupato/in cerca di lavoro ☐ in aspettativa ma intenzionato a tornare al lavoro ☐ impossibilitato a lavorare a causa del ruolo di caregiver ☐ mai entrato nel mondo del lavoro a causa del ruolo di caregiver ☐ studente

il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella domanda ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s.m.i e ai sensi del regolamento UE 2016/679 e s.m.i. e dichiara di essere informato che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti;

Luogo e data,

Si allega:

- *copia di un documento di identità in corso di validità caregiver*
- *copia di un documento di identità in corso di validità del beneficiario*
- *copia verbale di invalidità*

FIRMA DEL CAREGIVER FAMILIARE

FIRMA DEL BENEFICIARIO PER CONFERMA SCELTA CAREGIVER (*qualora non impossibilitato alla firma*)
