

## **RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLO STATUS DI CAREGIVER FAMILIARE**



**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

<b>Nome</b>	
<b>Cognome</b>	
<b>Data di nascita</b>	
<b>Luogo di nascita</b>	
<b>Indirizzo di residenza</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	
<b>Cittadinanza</b>	
<b>Stato civile</b>	<input type="checkbox"/> Nubile/Celibe <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Coniugato <input type="checkbox"/> Separato

	<input type="checkbox"/> Divorziato <input type="checkbox"/> Vedovo
<b>Titolo di studio</b>	
<b>Recapito telefonico</b>	
<b>Indirizzo e-mail</b>	

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

<b>Nome e cognome</b>	
<b>Data di nascita</b>	
<b>Luogo di nascita</b>	
<b>Residenza</b>	
<b>Da quando si trova in condizione di disabilità</b>	
<b>Certificazioni</b>	<input type="checkbox"/> Art 3 Comma 3 <input type="checkbox"/> Indennità Di Accompagno
<b>Tipologia di difficoltà prevalenti</b>	<input type="checkbox"/> Motorie <input type="checkbox"/> Cognitive <input type="checkbox"/> Relazionali <input type="checkbox"/> Altro Specificare _____
<b>L'assistito può essere lasciato solo?</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 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	<input type="checkbox"/> dipendente pubblico <input type="checkbox"/> dipendente privato <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo
ore di impegno lavorativo giornaliero	
essere caregiver ha comportato	<input type="checkbox"/> riduzione orario lavoro <input type="checkbox"/> rimodulazione attività lavorativa <input type="checkbox"/> uso smart working <input type="checkbox"/> nessun cambiamento lavorativo
utilizzo permessi previsti dalla legge	permessi l.104 congedi per n° ore mensili _____

ho dovuto rinunciare al lavoro	<input type="checkbox"/> sì per fare caregiver <input type="checkbox"/> sì per altro <input type="checkbox"/> no
attualmente la mia occupazione è	<input type="checkbox"/> pensionato <input type="checkbox"/> non occupato/in cerca di lavoro <input type="checkbox"/> in aspettativa ma intenzionato a tornare al lavoro <input type="checkbox"/> impossibilitato a lavorare a causa del ruolo di caregiver <input type="checkbox"/> mai entrato ne mondo del lavoro a causa del

	<input type="checkbox"/> ruolo di caregiver <input checked="" type="checkbox"/> 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*)

---