

**Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione**  
**(art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)**

Il /la sottoscritto/a

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Contatto telefonico. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

C.F.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

☐ **Di essere caregiver che fornisce assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto;**

☐ **Di avere il domicilio in una distanza compatibile con gli impegni di assistenza al beneficiario;**

di cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

In quanto impiegato principalmente in queste attività (barrare le opzioni di interesse):

- ☐ cura dell'igiene personale
- ☐ preparazione/somministrazione pasti
- ☐ somministrazione di farmaci/terapie
- ☐ presenza durante i momenti di riposo, contrattualmente previsti, dell'assistente familiare regolarmente assunto
- ☐ co-presenza durante la somministrazione di cure mediche e sociosanitarie da parte di personale esperto
- ☐ disbrigo di pratiche amministrative
- ☐ altro \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE di:**

- ☐ **NON** aver assunto il ruolo di caregiver per più di due persone contemporaneamente richiedenti il Programma Regionale per la Non Autosufficienza della Regione Molise;
- ☐ essere occupato con contratto di lavoro di \_\_\_\_ ore settimanali
- ☐ di essere libero professionista
- ☐ di essere pensionato (artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
- ☐ disoccupato
- ☐ altro \_\_\_\_\_

Firma del Care Giver

\_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) "Codice in materia di protezione dei dati personali", per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data

Firma del Care Giver

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_