

**MODULO DI INDIVIDUAZIONE DEL CAREGIVER DISABILE GRAVE/GRAVISSIMO PER TUTTI LE PRESTAZIONE DEL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA E FONDO CAREGIVER FAMILIARE**

**Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ufficio di Servizio Sociale**

*Il sottoscritto/ La sottoscritta*

Cognome Nome

luogodinascita datadinascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo tel.

Comunediresidenzaassistito/a

**Disabile:** □Grave giusta provvedimento del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□Gravissimo giusta provvedimento del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

***sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del dpr 445/2000***

**CHE IL PROPRIO CAREGIVER AI SENSI DELL’ART. 1, COMMA 255, DELLA LEGGE N. 205/2017 ART.33 COMMA 3 DELLA LEGGE 104/92**

*è il sig./la sig.ra*

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogodinascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_datadinascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo tel.

residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nominato dall’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Allegare documento identità in corso di validità di caregiver e disabile.*

In fede,

***Il disabile***(data e firma) ***Il caregiver*** (data e firma)