



COMUNITA' MONTANA DEL VELINO

AL DISTRETTO SOCIALE RI5

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLO "STATUS" DI CAREGIVER FAMILIARE



IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome	
Cognome	
Data e luogo di nascita	
Indirizzo di residenza	
Codice Fiscale	
Cittadinanza	
Attuale Stato Civile	☐ Nubile/Celibe ☐ Convivente ☐ Coniugato ☐ Separato ☐ Divorziato



COMUNITA' MONTANA DEL VELINO

	☐ Vedovo
Titolo Di Studio	
Recapito Telefonico	
Indirizzo 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	
Residenza	
Da quando è 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 _____ Min./Ore)



COMUNITA' MONTANA DEL VELINO

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 _____



COMUNITA' MONTANA DEL VELINO

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 dlgs 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

Firma del Caregiver familiare

(si allega copia di un documento di identità in corso di validità)