

Dichiarazione sostitutiva
(art. 46, 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Domanda del CAREGIVER FAMILIARE

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Residente a	
Via e Numero	
CAP	
Codice fiscale	
Numero di telefono	
Email	
PEC	

VISTO l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale XIX relativo all'intervento a favore del caregiver familiare

sotto la propria responsabilità:

di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale al
Sig./Sig.ra _____
Codice Fiscale _____ nato/a _____ (_____)
il ____/____/____, residente a _____ (_____)
in _____ n° ____;

che la persona assistita di cui al punto precedente è in possesso del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima
rilasciato in data ____/____/____ dalla Commissione Sanitaria Provinciale operante presso l'Azienda Sanitaria
Territoriale - AST di _____ nell'ambito dell'intervento "Disabilità gravissima" sostenuto con il Fondo
Nazionale per le non autosufficienze – FNA.

Che il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, sia stato riconosciuto alla persona assistita dal caregiver familiare a partire dalla data:

☐ è stata ricoverata nel 2024 presso strutture di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate, pubbliche e private per i seguenti periodi:

Dal _____ al _____ ;

Per un totale di giorni complessivi di ricovero paria a _____

È consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).