

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

Al Responsabile dell'Ufficio Piano  
del Distretto SS 52 Marsala-Petrosino  
c/o Settore Servizi alla Persona  
Ufficio Servizi Sociali  
del Comune di Marsala

Il sottoscritto/ La sottoscritta

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

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

di essere stato, **nell'anno 2021**, Caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 205/2017 del:

*disabile Grave* Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

*disabile Gravissimo* Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

**e , pertanto di aver svolto, in suo favore, nell' anno 2021, le seguenti attività' di cura ed assistenza:**

*igiene personale quotidiana*

*governo ed igiene dell'alloggio*

*aiuto nell'alzata e messa a letto*

*preparazione dei pasti*

*somministrazione dei pasti*

*aiuto nella deambulazione o nell'uso della carrozzina o altri ausili (specificare) \_\_\_\_\_*

*disbrigo pratiche esterne*

*accompagnamento per visite mediche o attività riabilitative*

*altro specificare \_\_\_\_\_*

In fede,

Data \_\_\_\_\_

*Il Caregiver*

\_\_\_\_\_

*Allegare documento identità in corso di validità del caregiver dichiarante*