



Distretto Sociosanitario Rm 5.6
Comune capofila Colferro



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**ASL
ROMA 5**

DOMANDA PER LA 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 ☐ Vedovo
Titolo Di Studio	
Recapito Telefonico	
Indirizzo Mail	

**Distretto Sociosanitario Rm 5.6**

Comune capofila Colferro



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?	☐ Si ☐ No ☐ Per Poco Tempo (Max _____ Min./Ore)

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;

**Distretto Sociosanitario Rm 5.6**

Comune capofila Colferro



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5

- ☐ 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 _____

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

Luogo e data

Firma del Caregiver familiare

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



Distretto Sociosanitario Rm 5.6
Comune capofila Colferro



AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella domanda ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii e ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e ss.mm.ii. 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
