

## AUTODICHIARAZIONE CAREGIVER

Il/la sottoscritto/a:

Nome	Cognome	Codice fiscale

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo

Recapito telefonico	e-mail

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità

di essere:

caregiver

e di prendersi cura, di assistere e supportare nei momenti di malattia e di difficoltà la persona sotto indicata che si trova in condizione di:

disabile gravissimo, riconosciuto ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n.104/92 o titolare di indennità di accompagnamento.

Nome	Cognome	Codice fiscale

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

- si allega fotocopia documento di identità del dichiarante.