



NOME COGNOME DELL' ASSISTITO \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE ASSISTENZA GARANTITA**

resa ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI CAREGIVER FAMILIARE \_\_\_\_\_

(specificare il legame di parentela o della rete sociale con l'assistito)

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ DERIVANTI DA DICHIARAZIONI FALSE O MENDACI, AI SENSI DEL DPR 445/2000 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI

**DICHIARA**

DI GARANTIRE ALL' ASSISTITO ALMENO LE SEGUENTI ORE DI CAREGIVER GIORNALIERO:

DALLE ORE _____ ALLE ORE _____	NEI SEGUENTI GIORNI:	<input type="checkbox"/> LUNEDI <input type="checkbox"/> MARTEDI <input type="checkbox"/> MERCOLEDI <input type="checkbox"/> GIOVEDI <input type="checkbox"/> VENERDI <input type="checkbox"/> SABATO <input type="checkbox"/> DOMENICA
-----------------------------------	----------------------	---

CON LE SEGUENTI MANSIONI: (es: assistenza nell'igiene, mobilitazione, preparazione pasti, somministrazioni farmaci, compagnia, igiene ambientali etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In Fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_