



Allegato B

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, mobilizzazione, preparazione pasti, somministrazioni farmaci, compagnia, igiene ambientali etc.)

In Fede

Data _____

Firma _____