



Programma Locale Unitario dei Servizi  
PLUS – Anglona-Coros-Figulinas

Via Sanna Tolu, 30 - TEL. 079/3242200 - FAX 079/324245



Comune di Osilo  
Ente capofila

Cod. Fisc. 8000591 090 8 - Part. IVA 0029262 090 3

**Mod. 3 bis**

Spett.le  
Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto: Deliberazione n. 63/12 del 11.12.2020 Programma “Ritornare a casa PLUS”: Dichiarazione attività di cura resa dal caregiver.**

Il/La sottoscritto/a ..... , nato/a.....  
il ..... residente a..... in via .....  
C.F:.....telefono.....e-mail .....  
....., in qualità di:

Caregiver familiare

**del/della signore/a** .....  
nato/a..... il ..... residente a..... in via .....  
C.F:..... telefono..... e-mail .....  
destinatario del “Programma Ritornare a casa Plus” ai sensi della Deliberazione n. 63/12 del 11.12.2020 Programma “Ritornare a casa PLUS”. Linee d'indirizzo annualità 2021/2022 - “Ritornare a casa PLUS”. Interventi di sostegno alla domiciliarità per le persone con disabilità gravissime. Linee di indirizzo 2021/2022

**dichiara**

ai sensi della normativa vigente in materia di autocertificazioni, in conformità all’art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

- di essere stato informato del ruolo e delle funzioni svolte dal familiare Caregiver (che si prende cura per più tempo dell’assistito, svolge una funzione di assistenza diretta alla persona, ed è coinvolto nella sua cura quotidiana);
- di aver svolto, in qualità di caregiver, nel mese di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_, così come indicato nella normativa vigente in materia, nei confronti del beneficiario su indicato, le seguenti attività:
  - di cura e assistenza alla persona;
  - di somministrazione farmaci;
  - di sorveglianza diurna;
  - di disbrigo pratiche;
  - di sorveglianza notturna;
  - di accompagnamento per visite mediche.
- di allegare, alla presente, copia di documento d’identità in corso di validità;
- di aver preso visione e di aver compreso l’informativa sul trattamento dei dati personali (c.d. Informativa Privacy) di cui all’art. 13 del Reg. UE 679/2016.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_

(Caregiver)