



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 autorizzare, ai sensi dell’art. 13 Regolamento UE 2016/679, il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento che saranno trattati anche con strumenti informatici, in conformità all’informativa già sottoscritta all’atto della presentazione del piano personalizzato.

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

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

(Caregiver)