

**Dichiarazione sostitutiva**  
**(art. 46, 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)**

### Domanda del CAREGIVER FAMILIARE

La sottoscritto/a

|                    |  |
|--------------------|--|
| Cognome            |  |
| Nome               |  |
| Data di nascita    |  |
| Luogo di nascita   |  |
| Residente a        |  |
| Via e Numero       |  |
| CAP                |  |
| Codice fiscale     |  |
| Numero di telefono |  |
| Email              |  |
| PEC                |  |

PRESA visione della DGR n. 1385 del 11/85/2025 recante: “Decreto del Ministro per le Disabilità del 08/01/2025 “Fondo unico per l’inclusione delle persone con disabilità per finanziare interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell’attività di cura non professionale del caregiver familiare per l’anno 2024”. Approvazione dei criteri di riparto delle risorse agli Ambiti Territoriali Sociali e delle modalità attuative dell’intervento”.

**VISTO** l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale XIX relativo all'intervento a favore del caregiver familiare

## DICHIARA

di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale al  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ;

che la persona assistita di cui al punto precedente è in possesso del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima rilasciato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dalla Commissione Sanitaria Provinciale operante presso l'Azienda Sanitaria Territoriale - AST di \_\_\_\_\_ nell'ambito dell'intervento "Disabilità gravissima" sostenuto con il Fondo Nazionale per le non autosufficienze – FNA.

**Inoltre dichiara:**

**Che il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, sia stato riconosciuto alla persona assistita dal caregiver familiare a partire dalla data:**

**la persona in condizione di “disabilità gravissima”:**

☐ è stata ricoverata nel 2024 presso strutture di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate, pubbliche e private per i seguenti periodi:

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;

Per un totale di giorni complessivi di ricovero paria a \_\_\_\_\_

*È consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).*