



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

ALLEGATO F

(da compilare a cura dell'UVMD a seguito dell'eventuale inserimento in graduatoria dell'utente che ha scelto come intervento il CONTRIBUTO DI CURA)

Scheda caregiver familiare

Il/la Sottoscritto/a (Nome e Cognome)

nato a..... il

residente a in via/piazza/strada

Codice fiscale

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere "CAREGIVER FAMILIARE" di (nome e cognome dell'assistito).....

..... nato a.....

il residente a

in via/piazza/strada

domiciliato in (se diverso dalla residenza)

Codice fiscale

DICHIARA

inoltre, di essere:

- Genitore
- Coniuge
- convivente di fatto
- familiare entro il secondo grado (specificare ad es. Genitori nonno/nipote o fratello /sorella)
- affine (specificare parenti dell'altro coniuge entro il secondo grado, es. cognati o nonno dell'altro coniuge)
- familiare entro il terzo grado (specificare ad es. bisnonno o zio o nipote di zio) nelle ipotesi previste all'art. 33, comma 3 Legge 104/1992) e nel caso in cui l'assistito sia riconosciuto invalido ai sensi dell'art. 3, comma 3 ella Legge 104/1992 o titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 1.
- altro



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
VALLE del
TEVERE

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

di essere caregiver da: (indicazione durata)

.....

di essere impegnato nell'attività di caregiving per circa h/giorni: (dichiarazione dell'intensità dell'impegno di cura)

.....

.....

Luogo e data:

Firma



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

Il/la Sottoscritto/a (Nome e Cognome dell'assistito)

.....

nato a..... il

residente a..... in via/piazza/strada

Codice fiscale

Oppure

Il/la Sottoscritto/a (Nome e Cognome)

.....

nominato con provvedimento del Giudice tutelare n.

nato a..... il

residente a..... in via/piazza/strada

Codice fiscale

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

che il Sig./Sig.ra è il proprio caregiver familiare.

Luogo e data:

Firma



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, nel rispetto del nuovo Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali GDPR del 2016/679, dell'art. 13 del D.lgs. 196 del 2003 ss.mm.ii "Codice in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivilegittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Consorzio della Valle del Tevere.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Consorzio della Valle del Tevere nella persona del Responsabile del procedimento, Dott. Federico Conte. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano e gli uffici interessati nel procedimento.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D. Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso pubblico.

Luogo e data:

Firma

Sezione a cura dei servizi

Si conferma che il/la Sig./a è stato/a incluso/a nel PAI del/della proprio/a assistito/a con disabilità o non autosufficienza in data

Contatti minimi obbligatori annuali con il referente /Case manager

.....

Copia della scheda, in sede di sottoscrizione di PAI, verrà consegnata al caregiver familiare riconosciuto.