



**Distretto Sociosanitario Rm 5.6**  
Comune capofila Colferro



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**ASL  
ROMA 5**

## DOMANDA PER LA RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLO "STATUS" DI CAREGIVER FAMILIARE



IL/LA SOTTOSCRITTO/A

|                                |                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nome</b>                    |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Cognome</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Data E Luogo Di Nascita</b> |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indirizzo Di Residenza</b>  |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Codice Fiscale</b>          |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Cittadinanza</b>            |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Attuale Stato Civile</b>    | <input type="checkbox"/> Nubile/Celibe<br><input type="checkbox"/> Convivente<br><input type="checkbox"/> Coniugato<br><input type="checkbox"/> Separato<br><input type="checkbox"/> Divorziato<br><input type="checkbox"/> Vedovo |
| <b>Titolo Di Studio</b>        |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Recapito Telefonico</b>     |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indirizzo Mail</b>          |                                                                                                                                                                                                                                    |



**Distretto Sociosanitario Rm 5.6**  
Comune capofila Colleferro



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 DPR N. 445/2000, AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEL PROPRIO "Status" di caregiver familiare

## DICHIARA

di essere **"CAREGIVER FAMILIARE"** (persona che presta volontariamente cura ed assistenza come previsto all'art 2 comma 1 della L.R.5/24)

### A.1 DATI DELL'ASSISTITO

|                                            |                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome E Cognome                             |                                                                                                                                                                    |
| Data Di Nascita                            |                                                                                                                                                                    |
| Residenza                                  |                                                                                                                                                                    |
| Da Quando È In<br>Condizione Di Disabilità |                                                                                                                                                                    |
| Certificazioni                             | <input type="checkbox"/> Art 3 Comma 3<br><input type="checkbox"/> Indennità Di Accompagno                                                                         |
| Tipologia Di Difficoltà<br>Prevalenti      | <input type="checkbox"/> Motorie<br><input type="checkbox"/> Cognitive<br><input type="checkbox"/> Relazionali<br><input type="checkbox"/> Altro Specificare _____ |
| L'assistito Può Essere<br>Lasciato Solo?   | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Per Poco Tempo (Max _____ Min./Ore)                                         |

### A.2 RAPPORTI DI PARENTELA CON L'ASSISTITO

- ☐ coniuge;
- ☐ altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso ai sensi dell'articolo 1, comma 20 della legge 20 maggio 2016, n. 76
- ☐ convivente di fatto ai sensi dell'articolo 1, comma 36 della legge 20 maggio 2016, n. 76;



**Distretto Sociosanitario Rm 5.6**  
Comune capofila Colferro



- ☐ familiare o affine entro il secondo grado;
- ☐ familiare entro il terzo grado (mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, ovvero qualora gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età)
- ☐ NON FAMILIARE convivente con la persona bisognosa di cura ed assistenza garantendone la permanenza nel proprio ambiente familiare.

### DICHIARA INOLTRE:

#### B.1 CONDIZIONE LAVORATIVA

|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| sto attualmente lavorando dall'anno _____ con n. _____ anni di contributi | <input type="checkbox"/> dipendente pubblico<br><input type="checkbox"/> dipendente privato<br><input type="checkbox"/> lavoratore autonomo                                                                            |
| ore di impegno lavorativo giornaliero                                     |                                                                                                                                                                                                                        |
| essere caregiver ha comportato                                            | <input type="checkbox"/> riduzione orario lavoro<br><input type="checkbox"/> rimodulazione attività lavorativa<br><input type="checkbox"/> uso smart working<br><input type="checkbox"/> nessun cambiamento lavorativo |
| utilizzo permessi previsti dalla legge                                    | permessi l.104<br>congedi per n° ore mensili _____                                                                                                                                                                     |

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ho dovuto rinunciare al lavoro   | <input type="checkbox"/> sì per fare caregiver<br><input type="checkbox"/> sì per altro<br><input type="checkbox"/> no                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| attualmente la mia occupazione è | <input type="checkbox"/> pensionato<br><input type="checkbox"/> non occupato/in cerca di lavoro<br><input type="checkbox"/> in aspettativa ma intenzionato a tornare al lavoro<br><input type="checkbox"/> impossibilitato a lavorare a causa del ruolo di caregiver<br><input type="checkbox"/> mai entrato nel mondo del lavoro a causa del ruolo di caregiver<br><input type="checkbox"/> studente |

Luogo e data

Firma del Caregiver familiare

\_\_\_\_\_

(si allega copia di un documento di identità in corso di validità)



**Distretto Sociosanitario Rm 5.6**  
Comune capofila Colferro



## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella domanda ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii e ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e ss.mm.ii. e dichiara di essere informato che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Caregiver familiare

\_\_\_\_\_