

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)**  
**in ordine al possesso dei requisiti di cui all'art. 1 comma 255 della L.205/2017**  
**e ATTO DI IMPEGNO DEL CAREGIVER FAMILIARE NEI CONFRONTI DEL DISABILE ASSISTITO**  
**E DELL'AMBITO TERRITORIALE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere caregiver familiare, così come previsto dall'art. 1, comma 255, della L. 205/2017<sup>1</sup>, e che il suo rapporto con l'assistito \_\_\_\_\_ è, ai sensi della stessa legge, di:

<sup>1</sup> "la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di se', sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18".

- coniuge
- altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso
- convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76
- familiare entro il secondo grado
- affine entro il secondo grado
- parente o affine entro il terzo grado\*

\*A tal fine dichiara che i genitori o il coniuge dell'assistito:

- hanno compiuto i sessantacinque anni di età
- sono anche essi affetti da patologie invalidanti
- sono deceduti o mancanti.

Il/La sottoscritto/a, nell'ambito del suo ruolo di caregiver familiare dell'assistito sig./sig.ra \_\_\_\_\_, allo scopo di favorire il mantenimento della persona assistita nel proprio domicilio, **si impegna, nei confronti del disabile e dell'ambito territoriale a svolgere la sua attività volontaria di assistenza e cura della persona non autosufficiente.**

In particolare, il caregiver familiare, in relazione alle esigenze della persona accudita, si impegna a:

- informarsi costantemente sui bisogni assistenziali della persona non autosufficiente;
- assistere e prendersi cura della persona non autosufficiente nell'ambiente domestico in cui vive;
- supportare la persona non autosufficiente nella vita di relazione;
- concorrere al mantenimento delle capacità funzionali della persona non autosufficiente;
- aiutare la persona non autosufficiente nella mobilità e nel disbrigo delle pratiche amministrative;



Avetrana, Fragagnano, Lizzano, Manduria, Maruggio, Sava, Torricella, ASL TA

**Dichiara di essere consapevole che lo svolgimento delle normali attività di cura e assistenza del caregiver familiare in favore della persona non autosufficiente assistita presso il proprio domicilio sarà oggetto di verifica a cura dell'Ambito Territoriale Sociale e che, nel caso in cui emergesse l'inadempimento rispetto agli impegni assunti con il presente impegno, l'Ambito Territoriale procederà alla revoca della misura.**

Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Caregiver familiare dichiarante

\_\_\_\_\_

**Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in formato digitale ovvero in forma olografa con allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.**