**AUTOCERTIFICAZIONE ASSISTENZA GARANTITA**

resa ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445

**ALLEGATO B**

NOME COGNOME DELL’ASSISTITO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(rapporto di parentela, vicino, altro)

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ DERIVANTI DA DICHIARAZIONI FALSE O MENDACI, AI SENSI DEL DPR 445/2000 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI

**A T T E S T A**

IN QUALITA’ DI CAREGIVER (specificare il legame di parentela o della rete sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DELLA/DEL SIGNORA/SIGNOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GARANTISCE ALMENO 5 ORE GIORNALIERE DI ASSISTENZA,

INDICATIVAMENTE DALLE ORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

NEI SEGUENTI GIORNI:

* LUNEDI
* MARTEDI
* MERCOLEDI
* GIOVEDI
* VENERDI
* SABATO
* DOMENICA

CON LE SEGUENTI MANSIONI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(es.: assistenza nell’igiene, mobilizzazione, preparazione pasti, somministrazioni farmaci, compagnia, igiene ambientale*)

IN FEDE

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_