**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI VIBO VALENTIA**

Comune capofila di Vibo Valentia – Ufficio di Piano

---

**ALLEGATO 6**

# AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI CAREGIVER FAMILIARE

*Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) – Annualità 2022 – Area disabilità gravissima*

*Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà*

(artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____ Residente a _____ Via _____ n. _____

Tel./Cell. _____ E-mail / PEC _____

in qualità di caregiver familiare del/della Sig./Sig.ra _____ (di seguito "assistito"), nato/a a _____ il _____, codice fiscale _____, beneficiario degli interventi in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima a valere sul FNA 2022,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, e ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R., sotto la propria responsabilità

## DICHIARA

- di essere legato all'assistito dal seguente rapporto (barrare): ☐ coniuge ☐ parte dell'unione civile (L. n. 76/2016) ☐ convivente di fatto (L. n. 76/2016) ☐ familiare o affine entro il secondo grado ☐ familiare entro il terzo grado nei soli casi di cui all'art. 33, comma 3, della L. n. 104/1992;
- di svolgere nei confronti dell'assistito la funzione di caregiver familiare, prendendosene cura e assistendolo nell'ambiente domestico, nella vita di relazione, nella mobilità e nelle attività della vita quotidiana, di base e strumentali;
- di occuparsi della cura della persona (igiene personale, alimentazione e simili) e degli ambienti di vita, nonché degli aspetti burocratici quali pratiche sanitarie, fiscali e amministrative, e in generale dell'organizzazione di tutti gli aspetti riguardanti l'assistenza della persona;
- di rapportarsi con gli operatori del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari secondo il progetto personalizzato e partecipato;
- che l'assistito, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche cronica o degenerativa, non è autosufficiente né in grado di prendersi cura di sé, ed è riconosciuto invalido bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992, ovvero è titolare dell'indennità di accompagnamento ai sensi della L. 11 febbraio 1980, n. 18;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio di Piano ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate.

La presente dichiarazione è resa ai fini del riconoscimento e della valorizzazione del ruolo di cura del caregiver familiare, in conformità a quanto stabilito dall'art. 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e dall'art. 39 del D.Lgs. 15 marzo 2024, n. 29.

**Definizione normativa.** *Per caregiver familiare si intende 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 L. 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'art. 33, comma 3, della L. 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche cronica o degenerativa, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della L. n. 18/1980 (art. 1, comma 255, della L. 27 dicembre 2017, n. 205).*

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

_____

*Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e trasmessa unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore all'Ufficio competente, anche a mezzo posta elettronica certificata o tramite incaricato.*