

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

ATTESTA

IN QUALITÀ 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 _____