



**SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI
AMBITO TERRITORIALE DEL NATISONE**

ENTE GESTORE COMUNE DI CIVIDALE DEL FRIULI

*Comuni di Buttrio, Cividale del Friuli, Corno di Rosazzo, Drenchia, Grimacco, Manzano,
Moimacco, Premariacco, Prepotto, Pulfero, Remanzacco, San Giovanni al Natisone,
San Leonardo, San Pietro al Natisone, Savogna, Stregna, Torreano*

ALLEGATO D

PROGETTO CAREGIVER DI CURA DOMICILIARE

Io sottoscritto/a (*scrivere cognome e nome*) _____

D I C H I A R O

- di svolgere attività di Caregiver familiare (art. 2 comma 2 del D.P. Reg. n. 117 del 19/07/2021 e s.m.i.) di cura ed assistenza della persona nell'ambiente domestico, nella vita di relazione, nella mobilità, nelle attività della vita quotidiana, di base e strumentali, a favore della persona indicata nella domanda (nome/cognome)

_____:

Con le seguenti modalità:

<input type="checkbox"/> in forma diretta;
<input type="checkbox"/> e/o in forma indiretta:
<input type="checkbox"/> e/o avvalendomi dei servizi territoriali socio-assistenziali: <input type="checkbox"/> pubblici <input type="checkbox"/> privati
<input type="checkbox"/> e/o avvalendomi dei servizi territoriali distrettuali (assistenza domiciliare integrata, servizio infermieristico distrettuale, servizio di riabilitazione distrettuale) _____
<input type="checkbox"/> e/o avvalendomi di lavoro privato di cura sulla base di regolare contratto, in vigore alla data odierna;

Che l'attività specifica si riferisce a:

<input type="checkbox"/> attività inerenti la cura della persona;
<input type="checkbox"/> attività inerenti all'aiuto personale;
<input type="checkbox"/> attività inerenti all'igiene e cura ambiente domestico;
<input type="checkbox"/> attività inerenti i pasti e l'alimentazione;
<input type="checkbox"/> attività inerenti il monitoraggio dell'assunzione dei farmaci;
<input type="checkbox"/> attività inerenti alla vita di relazione;
<input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

Tali attività consentono di garantire al mio congiunto la permanenza presso il domicilio e di impegnarmi nel garantirne la prosecuzione, nella durata del presente progetto.

Data _____

Firma del caregiver

Firma dell'assistito



**SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI
AMBITO TERRITORIALE DEL NATISONE**

ENTE GESTORE COMUNE DI CIVIDALE DEL FRIULI

*Comuni di Buttrio, Cividale del Friuli, Corno di Rosazzo, Drenchia, Grimacco, Manzano,
Moimacco, Premariacco, Prepotto, Pulfero, Remanzacco, San Giovanni al Natisone,
San Leonardo, San Pietro al Natisone, Savogna, Stregna, Torreano*



**SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI
AMBITO TERRITORIALE DEL NATISONE**

ENTE GESTORE COMUNE DI CIVIDALE DEL FRIULI

*Comuni di Buttrio, Cividale del Friuli, Corno di Rosazzo, Drenchia, Grimacco, Manzano,
Moimacco, Premariacco, Prepotto, Pulfero, Remanzacco, San Giovanni al Natisone,
San Leonardo, San Pietro al Natisone, Savogna, Stregna, Torreano*