



In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale

Scheda di descrizione del carico di cura

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Grado di parentela		

DICHIARA

1) che la condizione di non autosufficienza dell'assistito perdura da

<input type="radio"/>	meno di un anno
<input type="radio"/>	più di un anno
<input type="radio"/>	più di due anni
<input type="radio"/>	più di tre anni

2) che l'assistito è affetto da:

<input type="radio"/>	patologia cronica
<input type="radio"/>	patologia cronica e degenerativa
<input type="radio"/>	altro (specificare)

3) che l'assistito necessita

<input type="radio"/>	di assistenza per alcune ore del giorno
<input type="radio"/>	di assistenza continuativa diurna
<input type="radio"/>	di assistenza continuativa diurna e notturna

4) che l'assistito, nei confronti del caregiver, si mostra

<input type="radio"/>	collaborante
<input type="radio"/>	non collaborante
<input type="radio"/>	aggressivo
<input type="radio"/>	altro (specificare)

5) che il caregiver

<input type="radio"/>	vive con l'assistito
<input type="radio"/>	risiede nel Comune di Sesto San Giovanni o entro un raggio di 20Km
<input type="radio"/>	altro (specificare)

6) che l'età del caregiver è

Età del caregiver

7) che il caregiver è l'unico riferimento per l'assistito

<input type="radio"/>	si
<input type="radio"/>	no
	Indicare la presenza di altri familiari/referenti

Codogno		
Luogo	Data	Il dichiarante