	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

○	meno di un anno
○	più di un anno
○	più di due anni
○	più di tre anni

2) che l'assistito è affetto da:

○	patologia cronica
○	patologia cronica e degenerativa
○	altro (specificare)

3) che l'assistito necessita

○	di assistenza per alcune ore del giorno
○	di assistenza continuativa diurna
○	di assistenza continuativa diurna e notturna

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

○	collaborante
○	non collaborante
○	aggressivo
○	altro (specificare)

5) che il caregiver

○	vive con l'assistito
○	risiede nel Comune di Sesto San Giovanni o entro un raggio di 20Km
○	altro (specificare)

6) che l'età del caregiver è

Età del caregiver

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

○	si
○	no
	Indicare la presenza di altri familiari/referenti

Luogo	Data	Il dichiarante
Lonato del Garda		