

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto Sig.ra/Sig., (nome e cognome) .....  
nato a ..... il .....

**DICHIARA DI ASSUMERSI LA RESPONSABILITA' DELL'ASSISTENZA PRESTATATA  
ALLA/AL/AI SIG.RA/SIG./SIGG.RI**

**In qualità di referente del progetto assistenziale riferisce che lo stesso appartiene alla seguente  
tipologia di progetto**

*PROGETTO DI LAVORO DI CURA GARANTITO DAI FAMILIARI*  
(  *coniuge*  *figlia/o*  *nipote*  *genitore*  *nuora/genero*  *suocera/o*  *sorella/fratello*)

- a)  appartenente al medesimo nucleo del beneficiario del progetto  
b)  non appartenente al medesimo nucleo familiare del beneficiario del progetto

*PROGETTO DI LAVORO DI CURA GARANTITO DA FAMIGLIE NON LEGATE DA VINCOLI DI  
PARENTELA CON LA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE PURCHE' ABBIANO RELAZIONI DI  
FIDUCIA CON LA STESSA.*

**SI IMPEGNA A FAR SI CHE L'ASSISTENZA** alla /alle persona/e sopraccitata/e sia attuata  
come sotto indicato:

Giorni	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	Totale ore	Nome di chi presta assistenza e residenza
lunedì						
martedì						
mercoledì						
giovedì						
venerdì						
sabato						
domenica						

Note:

.....  
.....  
.....

- DICHIARA che non vi sono impedimenti nell'attuazione di tale progetto assistenziale e che tra il/i beneficiario/i del progetto medesimo e le persone di cui sopra, coinvolte nell'assistenza, non esiste alcun rapporto di lavoro o di collaborazione a titolo oneroso.
- DICHIARA che il tempo di percorrenza tra l'abitazione dell'assistito e quella delle persone sopraccitate coinvolte nell'assistenza non e' superiore a 20 minuti (*da non dichiarare solo nei casi in cui il progetto si attui presso il medesimo domicilio*).
- DICHIARA che le persone di cui sopra, coinvolte nell'assistenza, non si occupano di altra persona non autosufficiente o di altro nucleo di persone non autosufficienti.

Data \_\_\_\_\_

Firma del responsabile del progetto \_\_\_\_\_