

**DICHIARAZIONE**  
**RELATIVA ALLE MODALITA' DI GESTIONE DELL'ATTIVITA' ASSISTENZIALE EROGATA  
 NELL'ARCO DELLE 24 ORE**

**BANDO ASSEGNO DI CURA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI 2021**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
 telefono \_\_\_\_\_

in qualità di (*barrare la voce che interessa*):

- persona anziana in situazione di non autosufficienza in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita
- familiare della persona anziana non autosufficiente
- tutore/curatore/amministratore di sostegno, assistente familiare, che di fatto si occupa della tutela della persona anziana non autosufficiente

**DICHIARA CHE:**

L'assistenza verso il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nell'arco delle 24 ore viene erogata nella seguente modalità:

- da parte di uno o più familiari  
 dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 mansioni svolte per conto e verso la cura dell'anziano:

Eventuali note \_\_\_\_\_

- da parte di un assistente familiare privato  
 dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 mansioni svolte per conto e verso la cura dell'anziano:

Eventuali note \_\_\_\_\_

In fede  
**IL DICHIARANTE**