












## Tesserino identificativo

 <b>REGIONE LAZIO</b>	 <b>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 4</b>	<b>DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 1 ROMA 4</b>  Comune di Civitavecchia  Comune di Santa Marinella  Comune di Allumiere  Comune di Tofia
<b>CARD GIVER</b>		
<b>Tesserino identificativo n.</b>		
Si attesa che (indicare COGNOME E NOME) .....		
Nato/a .....il.....e residente a.....		
in ..... è stato/a incluso/a nel PPA del/della proprio/a assistito/a con disabilità o non autosufficienza (Cognome e Nome) ..... Nato/a .....		
il.....e residente a.....in .....		
in data.....e riconosciuto come suo/a caregiver familiare .		
Tesserino rilasciato <b>ai sensi della l.r.5/2024</b>		
Data		
Luogo		
N.B. Il caregiver familiare cessa la propria attività in caso di revoca da parte della persona che necessita di cura ed assistenza, di decesso della medesima ovvero nella ipotesi di rinuncia da parte del caregiver familiare e nel caso di cessazione della convivenza nell'ipotesi prevista dall'articolo 2, comma 2, l. r .5/2024		

**Tesserino identificativo per genitori di figli minori o per chi esercita la responsabilità genitoriale su minori**

		<b>DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 1 ROMA 4</b>			
					
<b>CARD GIVER</b>					
<b>Tesserino identificativo n.</b>					
<p>Si attesa che (indicare COGNOME E NOME) .....</p> <p>Nato/a .....il.....e residente a.....in .....</p> <p>è stato/a incluso/a nel PPA del/della proprio/a assistito/a con disabilità o non autosufficienza (Cognome e Nome) (figlio/a minore) .....Nato/a .....il ..... e residente a.....in ..... in data..... e riconosciuto come suo/a caregiver familiare .</p> <p>Si precisa che il Sig/la Sig.ra (Cognome e Nome).....è genitore (o esercita la responsabilità genitoriale)</p> <p>Tesserino rilasciato <b>ai sensi della l.r.5/2024</b></p> <p>Data</p> <p>Luogo</p>					

**Tesserino identificativo per giovane caregiver.**

  
<b>CARD GIVER</b>
<b>Tesserino identificativo n.</b>
Si attese che (indicare COGNOME E NOME) .....
Nato/a .....il.....e residente a.....in .....
è stato/a riconosciuto/a dai servizi territoriali come “giovane caregiver” in quanto attivamente coinvolto nel processo di cura ed assistenza di (Cognome e Nome persona con disabilità o non autosufficiente il cui PPA è stato definito in data
Si precisa che il /la caregiver familiare formalmente riconosciuto/a è (Cognome e Nome).....
.....
Tesserino rilasciato <b>ai sensi della l.r.5/2024, art.10</b>
Data
Luogo
<i>* età compresa tra i 16 e 28 anni</i>