

|   |  |
|---|--|
| <b>(LOGO DELLA Regione Lazio)</b>   |  |
| <b>Tesserino identificativo – CARD GIVER</b>  |  |
| <b>Distretto socio sanitario.....ASL – Distretto sanitario.....</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 in sede di sottoscrizione di PPA <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 o per chi esercita la responsabilità genitoriale su figli minori**

|   |  |
|---|--|
| <b>(LOGO DELLA Regione Lazio)</b>   |  |
| <b>Tesserino identificativo – CARD GIVER</b>  |  |
| <b>Distretto socio sanitario.....ASL – Distretto sanitario.....</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) (figlio/a minore) ..... |  |
| a.....Nato/a .....il.....e residente a.....in .....   |  |
| in data.....,.....e riconosciuto come suo/a caregiver familiare .   |  |
| Si precisa che il Sig/la Sig.ra (Cognome e Nome) .....è genitore (o esercita la responsabilità genitoriale)                               |  |
| Tesserino rilasciato in sede di sottoscrizione di PPA <b>ai sensi della l.r.5/2024</b>  |  |
| Data  |  |
| Luogo   |  |

## Tesserino identificativo per giovane caregiver.

|   |
|---|
| <b>(LOGO DELLA Regione)</b>   |
| <b>Tesserino identificativo – CARD GIVER</b>  |
| <b>Distretto socio sanitario.....ASL – Distretto sanitario.....</b>   |
| Si attesa 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>  |