

Modulo per l'inserimento nel piano comunale di protezione civile delle Persone con Disabilità/Fragile DATI RELATIVI ALLA PERSONA CON DISABILITÀ/FRAGILITÀ: Dati Anagrafici della Persona con Disabilità/Fragilità

Nome: _____ Cognome: _____
Luogo di Nascita: _____ Data di Nascita: ____/____/_____
Nazione: _____
Indirizzo di Residenza della Persona con Disabilità/Fragilità
Via: _____ N°: _____
CAP: _____ Località: _____ Comune: _____ Indirizzo
Civico della Persona con Disabilità/Fragilità Da compilare solo se diverso dall'indirizzo di residenza.
Via: _____ N°: _____
CAP: _____ Località: _____ Comune: _____ Recapiti di
Contatto Persona con Disabilità/Fragilità Telefono: _____ Cellulare:
_____ Email: _____

DATI DELL'EVENTUALE FAMILIARE O PERSONA DI RIFERIMENTO: Dati Anagrafici del Familiare o della Persona di Riferimento Titolo (Ad esempio Genitore, Familiare, Tutore, etc.):

Nome: _____ Cognome: _____ Luogo di Nascita:
_____ Data di Nascita: ____/____/_____. Nazione:

Indirizzo di Residenza del Familiare o della
Persona di Riferimento Via: _____ n°: _____ Località:
_____ CAP: _____ Comune: _____
Nazione: _____ cell. _____ Email:
_____+-

SCHEDA DESCRITTIVA DELL'ABITAZIONE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ/FRAGILITÀ Dettagli sull'Abitazione

Indirizzo _____ Tipologia di
Abitazione: __ Condominio __ Casa a Schiera __ Casa Singola PIANO _____ ascensore __ si
__ no Presenza di barriere architettoniche __ SI __ descrizione
_____ NO _____

_____ Dettagli relativa alla
disabilità __ Temporanea __ Permanente TIPOLOGIA RIFERIMENTO EX DGR 135/2015: __ DIR – Disabilità
Intellettive e/o Relazionali. - specificare _____

_____ DM – Disabilità Motorie
(Arti Inferiori, Arti Superiori, ecc.). - specificare _____

_____ DS – Disabilità
Sensoriali (non vedenti, non udenti, sordociechi). - specificare _____

_____ PD – Pluridisabilità
specificare. _____ AP – Altre Patologie specificare.

_____ Fragilità Anziano non autosufficiente (specificare)

_____ Ausili e attrezzature
medicalizzate di supporto vitale : _____

_____ Farmaci salvavita,
(se si indicare quali): _____

ALTRE INFORMAZIONI __ Vive da solo __ Vive con altre persone __ Vive con altre persone ma nelle seguenti ore del giorno è solo/a essi sono in grado di accompagnarlo/a o trasportarlo/a da soli all'aperto, fuori dall'abitazione, in caso di ordine di evacuazione __ si __ no In casa c'è qualcuno che possiede un'automobile __ si __ no Il sottoscritto _____

PERSONA CON DISABILITÀ/PERSONA DI RIFERIMENTO si impegna a comunicare tempestivamente al COMUNE DI _____ qualsiasi variazione delle informazioni dichiarate e a rinnovare/confermare annualmente i dati.

Luogo e Data _____

Persona con Disabilità/Persona di riferimento _____

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 101/2018 e del Regolamento (UE) 2016/679 Dichiaro di essere informato, ai fini della tutela e della riservatezza dei dati personali, che le informazioni personali raccolte saranno trattate esclusivamente nell'ambito del Piano Comunale Protezione Civile e delle attività connesse e conseguenti, e non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione. Luogo e Data _____

Firma della Persona con disabilità/ Persona di riferimento _____