

## 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: \_\_\_\_\_

## Indirizzo Civico del Familiare o della Persona di Riferimento

Da compilare solo se diverso dall'indirizzo di residenza.

Via: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_

Località: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_

## Recapiti di Contatto del Familiare o della Persona di Riferimento

Telefono: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_

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
- Specificare \_\_\_\_\_

Se vive con altri, essi sono in grado di accompagnarlo/a o trasportarlo/a da soli all'aperto, fuori dall'abitazione, in caso di ordine di evacuazione  sì  no

In casa c'è qualcuno che possiede un'automobile  sì  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 \_\_\_\_\_

Firma della 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. L'informativa completa con finalità, modalità di trattamento, addetti incaricati al loro trattamento, soggetti ai quali possono essere comunicati, l'ambito di diffusione dei dati medesimi e diritti che possono essere esercitati ai sensi degli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 del citato GDPR è disponibile sul sito istituzionale: del comune che la pubblica*

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma della Persona con disabilità/ Persona di riferimento

\_\_\_\_\_