



COMUNE DI SARACENA

Modulo per l’Inserimento nel Piano Comunale di Protezione Civile di Persone con Disabilità/Fragilità

Dati Relativi alla Persona con Disabilità/Fragilità:

Dati Anagrafici della Persona con Disabilità/Fragilità

Nome: _____

Cognome: _____

Data di Nascita: _____

Luogo di Nascita: _____

Indirizzo di Residenza della Persona con Disabilità/Fragilità

Via: _____

Numero Civico: _____

Località: _____

CAP: _____

Comune: _____

Nazione: _____

Indirizzo Civico della Persona con Disabilità/Fragilità

Da compilare solo se diverso dall'indirizzo di residenza.

Via: _____

Numero Civico: _____

Località: _____

CAP: _____

Comune: _____



COMUNE DI SARACENA

Recapiti di Contatto Persona con Disabilità/Fragilità

Telefono: _____

Email: _____

Cellulare: _____

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: _____

Data di Nascita: _____

Luogo di Nascita: _____

Indirizzo di Residenza del Familiare o della Persona di Riferimento

Via: _____

Numero Civico: _____

Località: _____

CAP: _____

Comune: _____

Nazione: _____

Indirizzo Civico del Familiare o della Persona di Riferimento

Da compilare solo se diverso dall'indirizzo di residenza.

Via: _____

Numero Civico: _____

Località: _____

CAP: _____

Comune: _____



COMUNE DI SARACENA

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 no

si (descrizione) _____

Dettagli relativa alla disabilità

Temporanea Permanente

Tipologia riferimento ICF:

DIR - Disabilità Intellettive e 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



COMUNE DI SARACENA

Descrizione della specifica _____

Ausili e attrezzature di supporto vitale: _____

Farmaci salvavita necessari: _____

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 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 SARACENA qualsiasi variazione delle informazioni dichiarate e a
rinnovare/confermare annualmente i dati.

Saracena , li _____

Firma della Persona con Disabilità/Persona di riferimento



COMUNE DI SARACENA

Dichiara di essere informato, ai fini della tutela e della riservatezza dei dati personali, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 101/2018 e del Regolamento (UE) 2016/679 che le informazioni personali raccolte saranno trattate esclusivamente nell'ambito del Piano Comunale di 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: <https://www.comune.saracena.cs.it/>

Saracena, li _____

Firma della Persona con Disabilità/Persona di riferimento
