

MODULO PER L'INSERIMENTO NEL PIANO DI PROTEZIONE CIVILE COMUNALE DELLE PERSONE CON DISABILITA'/FRAGILITA'

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'/FRAGILITA'

Nome Cognome Luogo
di nascita Data di nascita/...../..... Nazione

INDIRIZZO DI RESIDENZA DELLA PERSONA CON DISABILITA'/FRAGILITA'

Via n. CAP
Località Comune

INDIRIZZO CIVICO DELLA PERSONA CON DISABILITA'/FRAGILITA'

Da compilare solo se diverso dall'indirizzo di residenza

Via n. CAP
Località Comune

RECAPITI DI CONTATTO DELLA PERSONA CON DISABILITA'/FRAGILITA'

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. CAP
Località Comune

INDIRIZZO CIVICO DEL FAMILIARE O DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO

Da compilare solo se diverso dall'indirizzo di residenza

Via n. CAP
Località Comune

RECAPITI DI CONTATTO DEL FAMILIARE O DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO

Telefono Cellulare.....
Email

DETTAGLI SULL'ABITAZIONE

Indirizzo

Tipologia dell'Abitazione

☐ Condominio ☐ Casa a Schiera ☐ Casa Singola

PIANO..... Ascensore ☐ Si ☐ No

Presenza di barriere architettoniche ☐

SI ☐ descrizione.....

NO ☐

DETTAGLI RELATIVI ALLA DISABILITA'

- ☐ Temporanea
- ☐ Permanente

DETTAGLI RELATIVI ALLA DISABILITA'

- ☐ 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 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 ☐ SI ☐ NO

In casa c'è qualcuno che possiede un'automobile ☐ SI ☐ NO

Il sottoscritto PERSONA CON DISABILITA'/PERSONA DI RIFERIMENTO si impegna a comunicare tempestivamente al COMUNE DI CERISANO qualsiasi variazione delle informazioni dichiarate e a rinnovare/confermare annualmente i dati.

Luogo e data

FIRMA PERSONA CON DISABILITA'/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 di Protezione Civile Comunale 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://comune.cerisano.cs.it/>

Luogo e data

FIRMA PERSONA CON DISABILITA'/PERSONA DI RIFERIMENTO

.....