



## Modulo per l'Inserimento nel Piano Comunale di Protezione Civile di Persone con Disabilità/Fragile

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:**

### 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:**

**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:**

### 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 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

**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  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 CASALI DEL MANCO qualsiasi variazione delle informazioni dichiarate e a rinnovare/confermare annualmente i dati.

Casali del Manco, li.....

Firma della Persona con Disabilità/Persona di riferimento

.....

---

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 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: [www.comune.casalidelmanco.it](http://www.comune.casalidelmanco.it)

Casali del Manco, li .....

Firma della Persona con disabilità/ Persona di riferimento

.....