



COMUNE DI MERI'
CITTA' METROPOLITANA DI MESSINA



All'Ufficio Servizi Sociali

**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 e 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 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 _____

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

Luogo e Data _____

Firma della Persona con disabilità/ Persona di riferimento
