

COMUNE DI SANT'IPPOLITO
Provincia di Pesaro e Urbino



Riservato all'Ufficio
AREA DI ATTESA:

coordinate GPS:

Modulo per la raccolta dati delle persone con disabilità/fragilità ai fini di una loro efficace inclusione nel **PIANO di EMERGENZA COMUNALE di PROTEZIONE CIVILE**

1) Dati anagrafici della persona con disabilità/fragilità:

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

VIA _____ N. _____

2) Domicilio se diverso dalla residenza della persona con disabilità/fragilità:

VIA _____ N. _____

3) Contatti persona con disabilità/fragilità:

Tel.: _____ Cell.: _____ Email: _____

4) Dati anagrafici del familiare o della persona di riferimento:

TITOLO:(es: genitore, figlio, tutore, nipote, ecc.)

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

VIA _____ N. _____ COMUNE _____ (_____)

5) Domicilio se diverso dalla residenza del familiare o della persona di riferimento:

VIA _____ N. _____ COMUNE _____ (_____)

6) Contatti del familiare o della persona di riferimento:

Tel.: _____ Cell.: _____ Email: _____

7) Medico curante

COGNOME _____ NOME _____ SEDE _____

Tel.: _____ Cell.: _____ Email: _____

8) Dettagli relativi all'ABITAZIONE della Persona con disabilità/fragilità:

Tipologia di abitazione:

☐ Condominio ☐ Casa a schiera ☐ Casa singola

Piano _____ ascensore: ☐ SI ☐ NO

Nominativo che compare sul campanello:

Presenza di ingresso secondario in via

Presenza di barriere architettoniche:

☐ NO ☐ SI (descrizione) _____

9) Dettagli relativi alla DISABILITA'/FRAGILITA':

☐ Permanente ☐ Temporanea

Tipologia riferimento **ICF** (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute):

☐ **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

10) AUSILI e ATTREZZATURE di supporto vitale:

11) FARMACI salvavita necessari:

ALTRE INFORMAZIONI:

☐ Vive da solo

☐ Vive con altre persone

☐ Vive con altre persone, ma nelle seguenti ore del giorno è solo (specificare)

Se vive con altre persone, queste sono in grado di accompagnarlo o trasportarlo 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/fragilità – persona di riferimento si impegna a comunicare tempestivamente al Comune di SANT'IPPOLITO qualsiasi variazione delle informazioni dichiarate e a rinnovare/confermare annualmente i dati resi.

Sant'Ippolito, _____

Firma della persona con disabilità/fragilità – 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. 196/2003 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 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.santippolito.pu.it/privacy-policy/>

Sant'Ippolito, _____

Firma della persona con disabilità/fragilità – persona di riferimento

Il presente modulo può essere riconsegnato:

- all'Ufficio Relazione con il Pubblico (URP) del Comune di Sant'Ippolito
- tramite e-mail: comune.santippolito@provincia.ps.it