Comune di
San Gimignano

unesco
Sito del
Patrimonio Mondiale

CENSIMENTO DI PERSONE CON DISABILITÀ/FRAGILITÀ RESIDENTI/DOMICILIATE NEL COMUNE DI SAN GIMIGNANO PER IL PIANO DI PIANO DI PROTEZIONE CIVILE COMUNALE

Il presente modulo può essere riconsegnato: - URP Piazzale Martiri di Montemaggio n.4 o **tramite email** **urp@comune.sangimignano.si.it**

1) Dati anagrafici della persona con disabilità/fragilità

COGNOME_____NOME_____

LUOGO E DATA DI NASCITA_____

RESIDENZA/DOMICILIO

VIA_____N°_____

Tel_____Cell_____Email_____

2) Dati anagrafici del familiare o della persona di riferimento

TITOLO (es. genitore, figlio, tutore ecc.)_____

COGNOME_____NOME_____

LUOGO E DATA DI NASCITA_____

VIA_____N°_____COMUNE_____( )

Tel_____Cell_____Email_____

3) Medico curante

COGNOME_____NOME_____SEDE_____

Tel_____Cell_____Email_____

4) Dettagli relativi all'abitazione della persona con disabilità/fragilità

Tipologia abitazione

☐ Condominio ☐ Casa singola Piano_____ascensore ☐ SI ☐ NO

Nome sul campanello_____

Presenza di ingresso secondario ☐ SI ☐ NO Se SI, da Via_____

Presenza di barriere architettoniche ☐ SI ☐ NO Se SI, quali_____

5) Dettagli relativi alla disabilità/fragilità

☐ Permanente ☐ Temporanea

Tipologia di **ICF** (classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute)

☐ **DIR** –Disabilità Intellettive e Relazionali (specificare)_____

☐ **DM** Disabilità Motorie (specificare)_____

☐ **DS** –Disabilità Sensoriali (non vedenti, non udenti, sordociechi) (specificare)_____

☐ **PD** – Pluridisabilità (specificare) _____

☐ **AP** Altre Patologie (specificare)_____

☐ **Fragilità** – anziano non autosufficiente

☐ **Altro** – specificare

6) La persona è:

- in grado di eseguire semplici comandi ⁄⁄ SI ⁄⁄ NO;
- orientata in spazio, tempo e persona ⁄⁄ SI ⁄⁄ NO;
- capace di deambulare senza l'utilizzo di ausili ⁄⁄ SI ⁄⁄ NO;
- capace di deambulare per piccoli tratti ⁄⁄ SI ⁄⁄ NO;
- allettata e non in grado di deambulare ⁄⁄ SI ⁄⁄ NO;

Note

……

7) AUSILI e ATTREZZATURE di supporto vitale

Specificare quali_____

8) FARMACI salvavita necessari

Specificare quali_____

9) ALTRE INFORMAZIONI

☐ Vive da solo/a
☐ Vive con altre persone
☐ Vive con altre persone, ma nei seguenti orari è solo/a (specificare)_____

Se vive con altre persone, queste

- Sono in grado di trasportarlo fuori/all'aperto in caso di ordine di evacuazione ☐ SI ☐ NO
- Sono in possesso di un'auto ☐ SI ☐ NO

Il sottoscritto_____persona con disabilità/fragilità – persona di riferimento, si impegna a comunicare tempestivamente al Comune di San Gimignano qualsiasi variazione delle informazioni dichiarate e a rinnovare/confermare annualmente i dati forniti.

San Gimignano,_____

FIRMA_____

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 di Protezione Civile** ai fini della incolumità e salute della persona 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 articoli 15,16,17,18,19,20,21,22 del citato GDPR è disponibile sul sito istituzionale:
http://www.comune.sangimignano.si.it/informative

San Gimignano,_____

FIRMA_____