

|  |
| --- |
| **COMUNE DI ROMANO CANAVESE** |
| Provincia di Torino |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODULO PER L’INSERIMENTO NEL PIANO COMUNALE DI PROTEZIONE CIVILE** | | | | |
| **DI PERSONE DIVERSAMENTE ABILI O FRAGILI** | | | | |
| **DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ/FRAGILITÀ** | | | | |
| Cognome |  | Nome | | |
| Data di nascita |  | Luogo di nascita | | |
| Residente a Romano Canavese |  | Via |  | nr. |
| Telefono | | |  |  |
| **DATI ANAGRAFICI DEL FAMILIARE O DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO** | | | | |
| Titolo (es: genitore/figlio/tutore/nipote, altro) | | | | |
| Cognome |  | Nome | | |
| Data di nascita |  | Luogo di nascita | | |
| Residente a |  | Via |  | nr. |
| Telefono |  |  |  |  |

Vive con la persona con disabilità/fragilità 

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

DATI RELATIVI ALL’ABITAZIONE

Indirizzo Piano

Tipologia: Condominio  Casa singola  Casa a schiera

Fabbricato con piani superiori sicuri Fabbricato senza piani superiori sicuri

Ascensore SI  NO

|  |
| --- |
| Presenza barriere architettoniche SI NO |
| **INFORMAZIONI RELATIVE ALLA DISABILITA’/FRAGILITA’** |

autosufficiente con ausili  non autosufficiente

collaborativo  non collaborativo

cosciente  non cosciente

disabilità motoria  disabilità psichica disabilità sensoriale uditiva disabilità sensoriale visiva

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 |

SI NO

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto | DISABILE/PERSONA DI RIFERIMENTO, si impegna |
| a comunicare tempestivamente al Comune di Romano Canavese qualsiasi variazione delle | |
| informazioni dichiarate e a rinnovare/confermare annualmente i dati. | |

Romano Canavese, lì

FIRMA DISABILE/PERSONA DI RIFERIMENTO

|  |
| --- |
| **Informativa sul trattamento dei dati personali** |
| Ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 |
| dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito |
| Internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni |
| trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |

FIRMA DISABILE/PERSONA DI RIFERIMENTO

