

**

 *Comune Associato*

 *Città dell’Olio*

**COMUNE DI CAMPOBELLO DI MAZARA**

**Libero Consorzio Comunale di Trapani**

 **5° SETTORE**

Lavori Pubblici, Impianti a rete, Sicurezza sul Lavoro, Servizi alla Città, Manutenzione Patrimonio e beni Confiscati alla Mafia - Pianificazione del Territorio e SUE – Condono edilizio e repressione - Sviluppo Economico – SUAP - Protezione Civile

***Sede Urbanistica: Piazza Eremita - 91021 Campobello di Mazara - Pec:*** ***protocollo.campobellodimazara@pec.it***

Al Comune di Campobello di Mazara

Settore 5° - Protezione Civile

**AGGIORNAMENTO DEL PIANO COMUNALE DI PROTEZIONE CIVILE**

**CENSIMENTO DELLA POPOLAZIONE CON DISABILITA’**

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI DEL CAPOFAMIGLIA, ESERCENTE LA POTESTA’ GENITORIALE/TUTORE** |
| Cognome |  | Nome |  |
| Data di Nascita |  | Luogo di Nascita |  |
| Residente in via |  | Civico |  |
| Telefono |  | Cellulare |  |

Vive con la persona non autosufficiente Si No

Componenti nucleo familiare n°\_\_\_\_\_\_ di cui disabili n°\_\_\_\_\_\_ e anziani n°\_\_\_\_\_\_\_ (>= 70 anni)

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI E SANITARI DEL SOGGETTO CON DISABILITA’ O ANZIANO** |
| Cognome |  | Nome |  |
| Data di Nascita |  | Luogo di Nascita |  |
| Residente in via |  | Civico |  |

 Non deambulante totale Non deambulante parziale

 Disabile psichico Disabile sensoriale (vista, udito)

 Anziano (Anni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Specificare il tipo di impedimento:

PATOLOGIE:

Diabete Cardiopatia Nefropatia

Patologie respiratorie Patologie neurologiche Patologie psichiatriche

Altro:

E’ assistito da personale di qualche cooperativa sociale? Si No

Se si specificare quale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **ULTERIORI INFORMAZIONI RELATIVE ALL’AUTOSUFFICIENZA** |

Grado di disabilità:

Autosufficiente Parzialmente Autosufficiente Non Autosufficiente

Tipo di non autosufficienza**:**

Motoria Intellettiva-psichica Sensoriale-visiva

Sensoriale-uditiva Fragilità Anziano non autosufficiente

Altro Specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informazioni sull’utente:

Collaborativo Non collaborativo

Cosciente Non cosciente

Ausili e attrezzature di supporto vitale (ossigenoterapia, legato ad apparecchiature trasportabili o non trasportabili, ecc):

Farmaci salvavita necessari:

Ausili/Presidi per disabilità:

 Sedia a rotelle (specificare se motorizzata o manuale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Bastone Gruccia Tripode Arto Artificiale

 Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **DATI RELATIVI AL DOMICILIO** |

 Abitazione Singola Abitazione in Condominio\* Altro

\*Se in condominio specificare:

 Scala\_\_\_\_\_\_ Piano\_\_\_\_\_\_ Interno \_\_\_\_\_\_\_ Ascensore

Presenza barriere architettoniche: SI NO

Specificare il tipo di barriera architettonica (es. scale, paletti, scalini, ecc):

 Vive solo Vive con altri Vive con altri ma in alcune ore è solo\*

\*Specificare le ore in cui potrebbe maggiormente trovarsi da solo:

Se vive con altri, essi sono in grado di accompagnarlo/a o trasportarlo/a da soli fuori dall’abitazione in caso di necessità SI NO

In casa c’è qualcuno che possiede un’automobile? SI NO

Il sottoscritto (Soggetto interessato/Tutore) si impegna a comunicare tempestivamente al COMUNE DI CAMPOBELLO DI MAZARA qualsiasi variazione delle informazioni dichiarate e a rinnovare/confermare annualmente i dati.

Campobello di Mazara, lì………………………

 FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***N.B. Allegare alla presente il modello dell’informativa sul trattamento dei dati personali debitamente firmato.***