



Comune di
San Gimignano



**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: - al Comando Polizia Locale di San Gimignano o **tramite email**
poliziamunicipale@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
NO

Piano _____ ascensore ☐ SI ☐

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



Comune di
San Gimignano



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 _____