



CITTÀ DI ACIREALE

AL SETTORE PROTEZIONE CIVILE
DEL COMUNE DI ACIREALE

**PIANO COMUNALE DI PROTEZIONE CIVILE CENSIMENTO
POPOLAZIONE CON DISABILITA E/O ALLETTATA**

In ordine a quanto oggetto della presente, si comunica quanto segue:

1. Dati anagrafici e sanitari

COGNOME _____

NOME _____

SESSO: M F

ANNO DI NASCITA _____

Non deambulante totale

Non deambulante parziale

Disabile psichico

Specificare il tipo di impedimento Specificare il tipo di impedimento * _____

*(es. paralizzato arti inferiori allettato, altre patologie, ecc.)

Abbisogna di particolari cure o macchinari** _____

** (es. fa ossigenoterapia, assume farmaci salvavita, è legato ad apparecchiature trasportabili, segue particolare dieta, è dializzato, ecc.)

2. Dati relativi al domicilio

INDIRIZZO _____

TELEFONI _____

ABITAZIONE SINGOLA

ABITAZIONE IN CONDOMINIO

ALTRO

Specificare _____

PIANO _____ INTERNO _____ ASCENSORE SI NO

PRESENZA DI BARRIERE ARCHITETTONICHE SI NO

Se si specificare il tipo (es. scale, passaggi stretti, paletti _____)

VIVE DA SOLA

VIVE CON ALTRI

VIVE CON ALTRI ma in alcune ore del giorno è solo/a in casa

Specificare in quale fascia oraria (es. 9-12, mattina, ecc.) _____

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

3. Altre informazioni: In casa c'è qualcuno che possiede un'automobile? SI NO

4. Note

(annotare ogni altra informazione ritenuta utile)

FIRMA
soggetto con disabilità

.....

FIRMA
esercente la responsabilità genitoriale

.....