

5.11 ALLEGATO CB4 – CENSIMENTO DELLA POPOLAZIONE FRAGILE

La scheda contiene il censimento delle persone fragili, per i quali andrà predisposto un particolare tipo di allertamento ed alle quali prioritariamente dovrà essere dedicato il soccorso.



CITTÀ di POPOLI

Medaglia d'argento al merito civile

PROVINCIA DI PESCARA

Via Decondre - tel. 085 98701 fax n. 085 9870534
C.A.P. 65026 Codice fiscale e Partita IVA n. 00123600686
<http://www.comune.popoli.pe.it> ; info@comune.popoli.pe.it



AVVISO ALLA CITTADINANZA

IL SINDACO

SU DIRETTIVA DEL CENTRO OPERATIVO INTERCOMUNALE

Nell'ambito delle attività di prevenzione e previsione dei rischi presenti nel territorio comunale previsti nei piani di emergenza comunale ed al fine di agevolare l'attivazione del coordinamento degli interventi di soccorso ed assistenza alla popolazione:

INVITA

tutti i cittadini che necessitino di particolare assistenza medica e/o socio\sanitaria o che risiedono in zone del territorio comunale isolate e difficilmente raggiungibili ed in generale a tutti i residenti dei borghi di piccole dimensioni a compilare e consegnare all'amministrazione comunale - ufficio affari generali un'apposita scheda informativa per l'acquisizione di tutti i dati necessari per gli interventi di assistenza e soccorso.

Si allega al presente avviso modulo da compilare, reperibile presso l'ufficio affari sociali o scaricabile dal sito comunale www.comune.popoli.pe.it

Il presente avviso, sotto autorizzazione del cittadino, viene altresì inviato alle forze dell'ordine, alla direzione Ospedaliera, alla caserma dei Vigili del Fuoco, ed alla CRI, per opportuna informativa e per quanto di competenza.

Per chiarimenti ed informazioni, contattare i seguenti recapiti telefonici: 085 9870536 / 085 9870506 o scrivere all'indirizzo mail: info@comune.popoli.pe.it

Il Sindaco
Concezio Galli

Popoli, lì 20 marzo 2014

Comune di Popoli

Abitazione sita in via _____ n. _____

Descrizione nucleo familiare:

	Cognome	Nome	Telefono	E-mail
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
Riscaldamento abitazioni		<input type="radio"/> Metano	<input type="radio"/> GPL	<input type="radio"/> Altro

Necessità di particolare assistenza sanitaria	<input type="checkbox"/> diversamente abili	<input type="checkbox"/> allettati	<input type="checkbox"/> ammalati
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Se si indicarne il tipo			

La famiglia dispone di auto propria SI NO

La famiglia dispone di gruppo elettrogeno SI NO (se si specificare i Kw.:)

La famiglia conosce il Piano di emergenza comunale SI NO

Quanti componenti della famiglia frequentano l'asilo nido (n°.....)

(coordinate scuola: Comune.....indirizzo.....)

Quanti componenti della famiglia frequentano la scuola elementare (n°.....)

(coordinate scuola: Comune.....indirizzo.....)

Quanti componenti della famiglia frequentano la scuola media (n°.....)

(coordinate scuola: Comune.....indirizzo.....)

Quanti componenti della famiglia frequentano la scuola superiore (n°.....)

(coordinate scuola: Comune.....indirizzo.....)

Quanti componenti della famiglia frequentano l'Università (n°.....)

(coordinate scuola: Comune.....indirizzo.....)

Data rilevamento

INFORMATIVA Ex D.L. n° 196\2003 per il trattamento dei dati sensibili

Gentile Signore\,a,

ai sensi del D.L. n° 196\2003, sulla tutela delle persone ed altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazione che La riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e dei suoi dati.

In particolare, i dati idonei a rilevare l'origine razziale ed etica, le convinzione religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazione a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del garante per la protezione dei dati personali (articolo 26)

Ai sensi dell'articolo 13 del predetto decreto, Le forniamo le seguenti informazioni.

1. I dati da Lei forniti verranno trattati nei limiti, nei limiti dell'autorizzazione generale ex art. 13 D.L. n° 196\2003 per il trattamento dei dati sensibili per le seguenti finalità:
pianificazione emergenza comunale per agevolare l'attivazione ed il coordinamento degli interventi di soccorso ed assistenza alla popolazione.
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
3. Il conferimento dei dati è facoltativo e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati non comporterà nessuna conseguenza. Se non quella di non poter migliorare l'erogazione del servizio.
4. I dati potranno essere comunicati a: Ufficio Affari Generali.
5. Il titolare del trattamento è il Comune di Popoli, nella persona del Sindaco pro-tempore, con sede in Via Decondre, 103.
6. Il responsabile del trattamento è il Dott. Massimiliano Esposito, ufficio Affari Generali.
7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi dell'art.7 del D.L. n° 196\2003.



Centro
Funzionale
d'Abruzzo

Scheda: **CB4**
Per la FUNZIONE : **SANITÀ, ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**
TIPOLOGIA : **Portatori di Handicap**

Comune di: Popoli

Cognome		Nome	
Indirizzo Residenza			
CAP	Comune		Prov.
Via o altro			N°
telefono	cell	email	
Tipologia Handicap	: <input type="checkbox"/> non vedente <input type="checkbox"/> sordomuto <input type="checkbox"/> malattie mentali <input type="checkbox"/> altro		
Deambulante	: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Necessita di assistenza:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
DATI ASSISTENTE:			
Cognome		Nome	
CAP	Comune		Prov.
Via o altro			N°
telefono	cell	email	

Cognome		Nome	
Indirizzo Residenza			
CAP	Comune		Prov.
Via o altro			N°
telefono	cell	email	
Tipologia Handicap	: <input type="checkbox"/> non vedente <input type="checkbox"/> sordomuto <input type="checkbox"/> malattie mentali <input type="checkbox"/> altro		
Deambulante	: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Necessita di assistenza:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
DATI ASSISTENTE:			
Cognome		Nome	
CAP	Comune		Prov.
Via o altro			N°
telefono	cell	email	

Note: