

**SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLE PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ e  
domiciliato a Cutrofiano in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_  
In qualità di:

Referente	Genitore	Tutore	affidatario
-----------	----------	--------	-------------

(Contrassegnare la casella interessata)

Del/la sig./ra \_\_\_\_\_  
Nat\_ a \_\_\_\_\_ e residente a Cutrofiano in via \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Di essere affetto da disabilità al \_\_\_\_\_%
  - Fisica
  - Psicica
  - Sensoriale
- Che il proprio congiunto è affetto da disabilità al \_\_\_\_\_%
  - Fisica
  - Psicica
  - Sensoriale

In caso di **disabilità fisica** specificare, qualora sia necessario intervenire con mezzi di soccorso, la tipologia di ausili da utilizzare:

- Carrozzina
- Barella
- Sollevatore carrozzina
- Altro \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del regolamento UE n. 2016/679

Cutrofiano lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_