

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 _____