



Oggetto: monitoraggio persone con disabilità per allertamento e soccorso.

Il sottoscritto _____ nato a _____, il _____ residente in Via _____

(Compilare la parte di interesse)

- in proprio
- in veste di (specificare, es.: genitore, tutore, rappresentante ecc.): _____ del/la Sig./a _____ nato a _____ il _____ residente in Via _____

al fine di comunicare le proprie difficoltà deambulatorie in caso di necessità di evacuazione per allertamento e/o soccorso in caso di attivazione della fase di evacuazione prevista dal Piano comunale di Protezione Civile;
 comunica le proprie necessità e contatti telefonici:

Recapito telefonico	Mail	TIPO DISABILITA' (specificare, es: visiva; uditiva; motoria; cognitiva; psichica; altro)	NECESSITA' (es.: trasporto con ambulanza; essere ospitato in struttura protetta; ecc.)	CURE PRIMARIE NECESSARIE		
				nelle 12 ORE	nelle 24 ORE	nelle 36 ORE

Comunica altresì che il proprio medico curante è il/la dott./dott.ssa:

MEDICO CURANTE	Residenza	Studio Medico	mail	Tel.	Cell.

Luni, lì _____

In fede _____