

ORDINANZA CAPO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29.03.2020

**Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza
relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da
agenti virali trasmissibili**

SCHEDA DI PRIMO ACCESSO
ANAGRAFICA

NOME _____ COGNOME _____

SESSO F M

LUOGO e DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

CITTADINANZA _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO _____

COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

NOME COGNOME PARENTELA ETA' SESSO F o M

NOME	COGNOME	PARENTELA	ETA'	SESSO F -M

VARIABILI D'INDAGINE

1) PRESA IN CARICO:

Sì in tal caso indicare se:

- un solo intervento negli ultimi diciotto mesi
- due interventi negli ultimi diciotto mesi
- più di due interventi negli ultimi diciotto mesi
- nessun intervento negli ultimi due anni

No

Presenza in carico da altri Servizi:

Serd Consultorio Salute Mentale Adulti UFSMIA Ministero di Grazia e Giustizia

2) SITUAZIONE ECONOMICA

• **Beneficiario Reddito Di Cittadinanza:**

Sì in tal caso indicare l'importo € _____ No

• **Eventuale presenza di soggetti che percepiscono Pensione :**

Sì in tal caso indicare l'importo € _____ No

• **Redditi provenienti da Attività Lavorativa**

Sì No

3) SITUAZIONE LAVORATIVA

In caso di presenza di componenti che svolgono attività lavorativa indicare nome ed importo mensile percepito:

Attività lavorativa continuativa

NOME	IMPORTO MENSILE

Attività lavorativa saltuaria

NOME	IMPORTO MENSILE

Disoccupato

NOME	CAUSA

*contratto a termine, chiusura azienda, dimissioni volontarie, ecc....



4) FREQUENZA SCOLASTICA

NOME	CLASSE FREQUENTATA

5) STATO DI SALUTE:

Eventuale presenza di soggetti Disabili nel nucleo familiare:

Sì Indicare il Nome, Punteggio I. C. e Importo Pensione:

No

Eventuale presenza di soggetti con patologie:

Sì (specificare)

No

6) SITUAZIONE ABITATIVA:

in affitto da privato: Importo affitto € _____

CASA di proprietà

mutuo attivo: Importo rata € _____

alloggio ERP



Indicare Eventuali Situazioni Debitorie: affitto, utenze ecc.. o altre criticità

- Ospitato gratuitamente
- Alloggio di fortuna senza fissa dimora
- Altro specificare _____

7) PRESENZA DI RETI FAMILIARI E/O SOCIALI:

- Sì reti parentali
- reti amicali
- No

FIRMA DEL DICHIARANTE

DATA

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI CUI AL REG. UE. N. 679/2016 E ESPRIME IL SUO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI RELATIVI DATI PER LE SUDDETTE FINALITA' ANCHE SI SENSI DEL DLGS 196/2003

_____, li _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
