



## ANFFAS PUGLIA ONLUS

Associazione Regionale Famiglie  
di Disabili Intellettivi e Relazionali

Sede Legale Viale A. Moro, 35 – c.p. 83  
tel. 080/3946645 – fax. 080/3945483  
Codice Fiscale 93283170723 – Partita Iva .....  
Sito: [www.anffaspuglia.it](http://www.anffaspuglia.it)  
e-mail: [giovinazzo@anffaspuglia.it](mailto:giovinazzo@anffaspuglia.it)



### SCHEDA INFORMATIVA S.A.I.? SERVIZIO ACCOGLIENZA INFORMAZIONE ANFFAS ONLUS PUGLIA

DATA

SCHEDA COMPILATA DA

**Le saranno richiesti alcuni dati personali e sensibili il cui conferimento è facoltativo, salvo per quelli indicati come obbligatori.**

**I dati saranno trattati nel rispetto del Codice della Privacy.**

***Prego risponda alle seguenti domande:***

(con asterisco sono indicati i campi obbligatori)

GENERALITÀ RICHIEDENTE:

NOME\*

COGNOME\*

VIA\*

CITTÀ - CAP\*

TELEFONO\*

E-MAIL

OCCUPAZIONE

Grado di parentela con persona disabile

MADRE

PADRE

CONIUGE

FRATELLO/SORELLA

TUTORE

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

CURATORE

ALTRO

SOCIO ANFFAS

SI

NO

**Con riferimento all'informativa sulla privacy, acconsente al trattamento e comunicazione dei suoi dati personali?**

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO

**Ora le saranno richiesti alcuni dati personali e sensibili della persona con disabilità il cui conferimento è facoltativo, salvo per quelli indicati come obbligatori, per rispondere al quesito da lei richiestoci . I dati saranno trattati nel rispetto del Codice della Privacy.**

***Prego risponda alle seguenti domande:***

(con asterisco sono indicati i campi obbligatori)

GENERALITÀ PERSONA DISABILE:

NOME\*

COGNOME\*

VIA\*

CITTÀ - CAP\*

DISABILITÀ

ETÀ

ACCERTAMENTI \*

INVALIDITÀ CIVILE

PERCENTUALE

HANDICAP L. 104/ 92

CON CONNOTAZIONE DI GRAVITÀ

PROVVIDENZE ECONOMICHE \*

INDENNITÀ ACCOMPAGNAMENTO

PENSIONE DI INABILITÀ

INDENNITÀ MENSILE DI FREQUENZA

ASSEGNO DI ASSISTENZA

**Con riferimento all'informativa sulla privacy, acconsente al trattamento e comunicazione dei dati personali della persona disabile?**

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO

QUESITO – RICHIESTA

**INSERIMENTO DI INTEGRAZIONE SOCIALE :**

ASSISTENZA DOMICILIARE

SOCIALE  SANITARIA

INTEGRATA

ATTIVITÀ RICREATIVE

CENTRI DIURNI  ATTIVITÀ EXTRA SCOLASTICHE

ALTRO

**INSERIMENTO DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA :**

FREQUENZA SCOLASTICA

SI  NO

SCUOLA

CLASSE

**CONGEDI E PERMESSI :**

PROLUNGAMENTO FINO A 3 ANNI DALL' ASTENSIONE LAVORATIVA

PERMESSI ORARI DI 2 ORE GIORNALIERE

PERMESSI RETRIBUITI DI 3 GIORNI AL MESE

PRESUPPOSTO DI ASSISTENZA CONTINUATIVA ED ESCLUSIVA DEL DISABILE

CONGEDO RETRIBUITO DI 2 ANNI

**AGEVOLAZIONI FISCALI :**

**MOBILITÀ E TRASPORTI :**

**IN CASO DI RICHIESTA DI RICOVERO :**

Tipo di struttura

Territorio

Grado di autonomia richiedente

Compartecipazione al costo di ASL o Comune

Compartecipazione al costo famiglia

Richiesta a ASL o Comune

Situazione attuale richiedente

Ricoveri precedenti

**Con riferimento all'informativa sulla privacy, acconsente al trattamento e comunicazione dei dati personali della persona disabile?**

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO

***GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE***