

QUESTIONARIO

ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI HANDICAP LEGGE 104/1992

(da consegnare alla Commissione il giorno della visita di accertamento)

Cognome Nome _____
Data di nascita _____
Luogo di Nascita _____ Provincia _____
Residenza nel Comune di _____
Via o Piazza _____ CAP _____ Prov. _____

La visita di accertamento delle condizioni di handicap è richiesta per il seguente motivo:

SITUAZIONE FAMILIARE

Lei vive solo _____ si no

Se non vive solo, con chi vive? _____

Eventuali annotazioni sulla situazione familiare

Che titolo di studio ha? _____

Quali attività svolge abitualmente?

al mattino _____

al pomeriggio _____

alla sera _____

CONDIZIONE SCOLASTICA O PROFESSIONALE

E' studente? specificare

E' lavoratore? specificare

E' pensionato?

Quali difficoltà incontra nell'attività scolastica o lavorativa? _____

Ha difficoltà a raggiungere il posto di lavoro o di studio?

AUTONOMIA PERSONALE

In quali ambiti della sua vita si sente limitato dalla sua disabilità?

- nell'autonomia personale
- nel rapporto interpersonale
- nella vita sociale
- nel lavoro

	sì	no	in parte
riesce a provvedere da solo alla cura della sua persona (lavarsi, vestirsi, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
riesce a spostarsi da solo in casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
riesce a spostarsi da solo fuori casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
riesce a provvedere alla cura della sua casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
riesce a gestirsi nelle sue necessità quotidiane (amministrare il denaro, fare la spesa, cucinare, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
riesce a sbrigarsi da solo con la banca, l'ufficio postale, comunale o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
provvede da solo a curare la sua salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quale mezzo di trasporto usa autonomamente? _____			

Se non riesce da solo a provvedere alle sue necessità, da chi si fa aiutare?

E' seguito da un Servizio Territoriale (Consultorio, Centro di Salute Mentale, Unità Assistenza Disabili)? _____

Data _____

Firma _____

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento europeo n. 2016/679 e norme attuative (Codice in materia di protezione dei dati personali), sono stato/a informato/a che i dati personali e socio-sanitari forniti con il presente questionario, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche ad opera di personale autorizzato ed istruito da questa Azienda Sanitaria, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.