

B4A - BASILICATA FOR ALL 2.0



SCHEDA DI RACCOLTA INFORMAZIONI

“Mobilità Accessibile – Pulmiamico Mare”

Finalità del servizio:

Il servizio “Pulmiamico Mare” è rivolto a persone con disabilità, in particolare bambini e ragazzi residenti nelle aree dell’Unione Lucana del Lagonegrese, con l'obiettivo di favorire l'inclusione sociale e garantire l'accesso alle spiagge attrezzate di Maratea attraverso un trasporto sicuro, accessibile e supportato da personale qualificato.

1. DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Nome e Cognome:

Data di nascita: / /

Età:

Codice Fiscale:

Indirizzo di residenza:

Comune:

Telefono:

E-mail:

2. DATI DEL GENITORE/TUTORE (se minorenne)

Nome e Cognome:

Grado di parentela:

Telefono:

E-mail:

3. INFORMAZIONI SULLA DISABILITÀ

Tipologia di disabilità:

- ☐ Motoria
- ☐ Sensoriale (specificare)
- ☐ Intellettiva/cognitiva
- ☐ Disturbo dello spettro autistico
- ☐ Disabilità multipla
- ☐ Altro

Percentuale di invalidità (se presente): %

Possesso di certificazione L. 104/92:

- ☐ Sì
- ☐ No

Necessita di assistenza continua durante il trasporto?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, specificare:

4. ESIGENZE DI MOBILITÀ

Ausili utilizzati:

- ☐ Carrozzina manuale
- ☐ Carrozzina elettrica
- ☐ Deambulatore
- ☐ Bastone
- ☐ Altro

Capacità di salita/discesa dal mezzo:

- ☐ Autonoma
- ☐ Con supporto parziale
- ☐ Con supporto completo

Necessità di pedana elevatrice:

- ☐ Sì
- ☐ No

Necessità di ancoraggio carrozzina durante il trasporto:

- ☐ Sì
- ☐ No
-

5. INFORMAZIONI SANITARIE UTILI

Allergie o intolleranze:

Farmaci da assumere durante l'orario del servizio:

☐ No

☐ Sì (specificare)

Condizioni sanitarie particolari da segnalare:

Contatti del medico curante/pediatra (facoltativo):

6. SUPPORTO EDUCATIVO E RELAZIONALE

La persona è seguita da:

☐ Educatore

☐ Assistente specialistico

☐ Terapista

☐ Altro

Modalità comunicative preferite:

☐ Verbale

☐ Comunicazione aumentativa alternativa (CAA)

☐ Supporti visivi

☐ Altro

Indicazioni utili per favorire il benessere durante il trasporto:

7. ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

Località di partenza:

Spiaggia attrezzata di destinazione/battello accessibile ANFFAS:

Periodo richiesto:

Dal / /

Al / /

Frequenza del servizio:

- ☐ Quotidiana
- ☐ 2-3 volte a settimana
- ☐ Settimanale
- ☐ Occasionale

Fascia oraria preferita:

- ☐ Mattina
- ☐ Pomeriggio
- ☐ Intera giornata

8. ATTIVITÀ SPORTIVE E RICREATIVE IN SPIAGGIA

Il beneficiario desidera partecipare ad attività sportive e ricreative?

- ☐ Sì
☐ No

Attività di interesse (è possibile selezionare più opzioni):

- ☐ Nuoto assistito
☐ Ginnastica dolce/adattata
☐ Padel
☐ Tennis
☐ Calcio a 5
☐ Attività motorie in acqua
☐ Beach volley adattato
☐ Bocce in spiaggia
☐ Giochi di gruppo inclusivi
☐ Laboratori ludico-ricreativi
☐ Attività sportive individuali
☐ Altro

Livello di autonomia durante le attività sportive:

- ☐ Autonomo
☐ Necessita di supervisione
☐ Necessita di assistenza continua

Necessita di ausili specifici per la pratica sportiva?

- ☐ No
☐ Sì (specificare)

Eventuali limitazioni o controindicazioni mediche per l'attività sportiva:

Esperienze pregresse in attività sportive adattate:

- ☐ Nessuna
☐ Occasionali
☐ Regolari

Specificare eventuali discipline praticate:

Obiettivi dell'attività sportiva (a cura della famiglia e/o dell'équipe):

- ☐ Socializzazione e inclusione
☐ Miglioramento delle capacità motorie
☐ Benessere psicofisico
☐ Sviluppo dell'autonomia personale
☐ Rafforzamento dell'autostima
☐ Divertimento e partecipazione attiva
☐ Altro

Indicazioni utili per istruttori, educatori e operatori:

Autorizzazione alla partecipazione alle attività sportive e ricreative:

☐ Autorizzo la partecipazione del beneficiario alle attività sportive e ricreative previste dal progetto, nel rispetto delle indicazioni sanitarie e organizzative comunicate.

Firma del genitore/tutore/beneficiario:

Data: / /

Nota: Le attività sportive saranno svolte da personale qualificato e opportunamente formato nell'ambito dello sport inclusivo e adattato, nel rispetto delle capacità, delle esigenze e della sicurezza di ciascun partecipante.

9. PERSONA DI RIFERIMENTO IN CASO DI EMERGENZA

Nome e Cognome:

Telefono:

Relazione con il beneficiario:

10. AUTORIZZAZIONI

Il/La sottoscritto/a dichiara che le informazioni fornite sono veritiere e autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) esclusivamente per le finalità connesse all'erogazione del servizio "Mobilità Accessibile – Pulmiamico Mare".

Luogo e data:

Firma del beneficiario/genitore/tutore:

SEZIONE RISERVATA AD ANFFAS

Data di ricezione domanda: / /

Esito valutazione:

☐ Ammesso

☐ Ammesso con supporto aggiuntivo

☐ In lista di attesa

☐ Non ammesso

Note operative:

Operatore responsabile:

Firma: _____