



DATA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

## SCHEDA RACCOLTA DATI

| Dati anagrafici socio caregiver |  |  | Composizione nucleo familiare | Nome e Cognome | data nascita | occupazione | disabile                 |  |
|---------------------------------|--|--|-------------------------------|----------------|--------------|-------------|--------------------------|--|
| Cognome                         |  |  | Coniuge                       |                |              |             | <input type="checkbox"/> |  |
| Nome                            |  |  | 1^ figlio/a                   |                |              |             | <input type="checkbox"/> |  |
| Data di nascita                 |  |  | 2^ figlio/a                   |                |              |             | <input type="checkbox"/> |  |
| Luogo di nascita                |  |  | 3^ figlio/a                   |                |              |             | <input type="checkbox"/> |  |
| Indirizzo Residenza             |  |  | 4^ figlio/a                   |                |              |             | <input type="checkbox"/> |  |
| Paese di Residenza              |  |  | 5^ figlio/a                   |                |              |             | <input type="checkbox"/> |  |
| CAP                             |  |  | 6^ figlio/a                   |                |              |             | <input type="checkbox"/> |  |
| CODICE FISCALE                  |  |  |                               |                |              |             |                          |  |
| CELL:                           |  |  |                               |                |              |             |                          |  |
| MAIL:                           |  |  |                               |                |              |             |                          |  |
| OCCUPAZIONE                     |  |  |                               |                |              |             |                          |  |
| STATO CIVILE                    |  |  |                               |                |              |             |                          |  |

I dati compilati resteranno strettamente personali all'interno del consiglio di amministrazione di Pastello Bianco



**PASTELLO BIANCO APS**  
 C.F. 91036360179  
 SEDE LEGALE: VIA FRATELLI FACCHETTI 57/L  
 25033 COLOGNE (BS)  
 IBAN: IT56 N087 3554 3000 0900 0924 493  
 E-MAIL: pastellobiancoaps@gmail.com  
 PEC: pastellobianco@pec.it



# Pastello bianco

| Dati anagrafici minore disabile                                                             |  | RACCOLTA DATI MINORE                         |                                                         |                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cognome                                                                                     |  | PATOLOGIA                                    |                                                         |                                                                                                   |
| Nome                                                                                        |  |                                              |                                                         |                                                                                                   |
| Data di nascita                                                                             |  | Indennità di frequenza                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | spazio libero per varie note caratteriali e non a cura del genitore (preferenze, problemi ecc...) |
| Luogo di nascita                                                                            |  | Accompagnamento                              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                                                                                   |
| Indirizzo Residenza                                                                         |  | Legge 104 - comma 3                          | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                                                                                   |
| Paese di Residenza                                                                          |  | Misura B2                                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                                                                                   |
| CAP                                                                                         |  | Misura B1                                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                                                                                   |
| CODICE FISCALE                                                                              |  | Rapporto assistenziale 1:1                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                                                                                   |
| SCUOLA                                                                                      |  | Cooperativa ad Personam                      |                                                         |                                                                                                   |
| CLASSE                                                                                      |  | Supporti comunicativi utilizzati             |                                                         |                                                                                                   |
| scrivi qui sotto le tue idee, suggerimenti, progetti che vorresti che realizzassimo insieme |  | AUSILI                                       |                                                         |                                                                                                   |
|                                                                                             |  | Allergie                                     |                                                         | note alimentari                                                                                   |
|                                                                                             |  | Sei interessato ad un aiuto x il GREST       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                                                                                   |
|                                                                                             |  | Necessiti della solo copertura Assistenziale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                                                                                   |
|                                                                                             |  | Necessiti di un grest mirato e inclusivo     | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                                                                                   |

I dati compilati resteranno strettamente personali all'interno del consiglio di amministrazione di Pastello Bianco



**PASTELLO BIANCO APS**  
 C.F. 91036360179  
 SEDE LEGALE: VIA FRATELLI FACCHETTI 57/L  
 25033 COLOGNE (BS)  
 IBAN: IT56 N087 3554 3000 0900 0924 493  
 E-MAIL: pastellobiancoaps@gmail.com  
 PEC: pastellobianco@pec.it