



Questionario P.E.B.A. (Piano di Eliminazione delle Barriere Architettoniche)

Ci aiuti a raccogliere informazioni sulle barriere architettoniche presenti a Piovascico
(ostacoli che impediscono o rendono difficile muoversi o accedere ai servizi).

1	Ritiene di segnalare la presenza di barriere architettoniche lungo i percorsi pedonali o spazi pubblici all'aperto del suo Comune? Se sì, ci indichi dove: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non saprei
2	Ritiene che vi siano luoghi dove mancano parcheggi riservati a persone con disabilità? Se sì, ci indichi dove: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non saprei
3	Ritiene che ci siano edifici pubblici con presenza di barriere architettoniche che li rendono per niente o poco accessibili? Se sì, ci indichi quali: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non saprei
4	Vi sono edifici pubblici del Comune in cui ritiene necessario avere percorsi tattilo-plantari, mappe tattili o informazioni in braille per disabili sensoriali? Se sì, ci indichi quali: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non saprei

5	<p>Vi sono percorsi/incroci stradali in cui ritiene necessario avere segnali tattilo-plantari o semafori acustici per disabili sensoriali?</p> <p>Se si, ci indichi dove: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non saprei
6	<p>Lei si ritiene una persona con delle fragilità (motorie, psichiche, visive o uditive) o un accompagnatore di persone con fragilità?</p> <p>Se si, come si descriverebbe:</p> <p><input type="checkbox"/> Persona con fragilità di tipo motorio</p> <p><input type="checkbox"/> Persona con fragilità di tipo psichico</p> <p><input type="checkbox"/> Persona con fragilità di tipo visivo o uditivo</p> <p><input type="checkbox"/> Persona anziana senza particolari limitazioni</p> <p><input type="checkbox"/> Persona con disabilità temporanea (arto ingessato ecc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Persona con limitazioni temporanee (passeggino, ecc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Accompagnatore, familiare, o assistente di persona con fragilità</p> <p><input type="checkbox"/> Genitore/Nonno che accompagna i figli/nipoti</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7	<p>Può usare lo spazio che segue per fornirci segnalazioni, suggerimenti o proposte: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	