



ACT
Government

LIBRETTO DI EMERGENZA

PRENDETELO PRIMA DI FUGGIRE

LE VOSTRE GENERALITÀ

Nome	<input type="text"/>		
Indirizzo	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	Codice Postale	<input type="text"/>
Telefono	CASA <input type="text"/>	CELL <input type="text"/>	
	LAVORO <input type="text"/>		
Email	<input type="text"/>		

INFORMAZIONI SERVIZI D'EMERGENZA E SERVIZI DELL'ACT

Polizia, Vigili del Fuoco o Ambulanza	000
Linea assistenza della Polizia	131 444
Protezione Civile – SES (per assistenza in caso di temporale o alluvione)	132 500
Linea anticrimine Crimestoppers	1800 333 000
Servizio di traduzione e d'interpretariato	131 450
Canberra Connect	132 281
Servizio medico telefonico <i>healthdirectAustralia</i>	1800 022 222

PENSATECI IN ANTICIPO

TENETEVI PRONTI

RESTATE AL SICURO

IL CONTENUTO DEL VOSTRO KIT D'EMERGENZA

Per assicurarvi di essere preparati in caso di emergenza, è importante mettere insieme un kit di cose essenziali.

CHE COSA COMPRENDERE NEL KIT

Dovreste considerare di includere:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> una radio a batterie | <input type="checkbox"/> un cambio di vestiti | <input type="checkbox"/> spuntini a lunga durata e acqua |
| <input type="checkbox"/> una torcia | <input type="checkbox"/> una coperta di lana | <input type="checkbox"/> chiavi di scorta per la casa e/o la macchina |
| <input type="checkbox"/> batterie di scorta per la torcia e la radio | <input type="checkbox"/> Cassetta di Pronto Soccorso | <input type="checkbox"/> elenco di contatti importanti |
| <input type="checkbox"/> una piccola quantità di denaro | <input type="checkbox"/> candele e fiammiferi impermeabili | |

DOVE TERRETE IL KIT?

Mettete per iscritto dove in casa terrete il kit

CHE COSA DOVRETE AGGIUNGERE AL KIT IN CASO DI EVACUAZIONE?

Se sarà necessario lasciare casa in caso d'emergenza dovreste forse aggiungere al vostro kit:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> medicinali | <input type="checkbox"/> foto o dischetto con foto |
| <input type="checkbox"/> ricette per medicinali | <input type="checkbox"/> stradario/mappa |
| <input type="checkbox"/> la listadei vostri medicinali | <input type="checkbox"/> cellulare |
| <input type="checkbox"/> documenti importanti quali, | <input type="checkbox"/> caricatore per il cellulare |
| <input type="checkbox"/> polizza di assicurazione | <input type="checkbox"/> patente di guida |
| <input type="checkbox"/> passaporto | <input type="checkbox"/> occhiali di lettura |

PIANO D'EVACUAZIONE IN CASO DI EMERGENZA

Preparate un piano di evacuazione in caso d'emergenza. Pensate a quanto segue:

- Il kit d'emergenze è pronto per partire in qualsiasi momento?
- Quali altre cose essenziali dovreste portare con voi quando ve ne andrete?
- Se avete animali domestici, quali accordi avere preso per per loro?
- Le vostre schede dei medicinali e dei contatti sono aggiornate?
- Avete detto ai vostri vicini cosa farete?

PRIMA DI PARTIRE (SE AVETE TEMPO)

Staccate l'erogazione di gas, luce e acqua, oppure dite a qualcuno dove possono farlo.

Contatore del gas

UBICAZIONE

Quadro elettrico principale

UBICAZIONE

Contatore dell'acqua

UBICAZIONE

DOVE ANDRETE?

Prima scelta

Seconda scelta

Come vi arriverete?

Chi vi potrà aiutare?

Telefono

Chi altro dovete informare se lasciate la casa?

Nome

Telefono

Ci sono altri impegni essenziali/regolari che qualcuno dovrà eseguire per conto vostro?

CONTATTI D'EMERGENZA I VOSTRI FAMILIARI ED AMICI

1	Nome	<input type="text"/>		
	Rapporto	<input type="text"/>		
	Recapito	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Codice Postale	<input type="text"/>
	Telefono	CASA <input type="text"/>	CELLULARE <input type="text"/>	LAVORO <input type="text"/>

2	Nome	<input type="text"/>		
	Rapporto	<input type="text"/>		
	Recapito	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Codice Postale	<input type="text"/>
	Telefono	CASA <input type="text"/>	CELLULARE <input type="text"/>	LAVORO <input type="text"/>

3	Nome	<input type="text"/>		
	Rapporto	<input type="text"/>		
	Recapito	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Codice Postale	<input type="text"/>
	Telefono	CASA <input type="text"/>	CELLULARE <input type="text"/>	LAVORO <input type="text"/>

4	Nome	<input type="text"/>		
	Rapporto	<input type="text"/>		
	Recapito	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Codice Postale	<input type="text"/>
	Telefono	CASA <input type="text"/>	CELLULARE <input type="text"/>	LAVORO <input type="text"/>

CONTATTI D'EMERGENZA I VOSTRI VICINI

1	Nome	<input type="text"/>		
	Recapito	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Codice Postale	<input type="text"/>
	Telefono	CASA <input type="text"/>	CELLULARE <input type="text"/>	LAVORO <input type="text"/>

2	Nome	<input type="text"/>		
	Recapito	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Codice Postale	<input type="text"/>
	Telefono	CASA <input type="text"/>	CELLULARE <input type="text"/>	LAVORO <input type="text"/>

3	Nome	<input type="text"/>		
	Recapito	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Codice Postale	<input type="text"/>
	Telefono	CASA <input type="text"/>	CELLULARE <input type="text"/>	LAVORO <input type="text"/>

4	Nome	<input type="text"/>		
	Recapito	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Codice Postale	<input type="text"/>
	Telefono	CASA <input type="text"/>	CELLULARE <input type="text"/>	LAVORO <input type="text"/>

5	Nome	<input type="text"/>		
	Recapito	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Codice Postale	<input type="text"/>
	Telefono	CASA <input type="text"/>	CELLULARE <input type="text"/>	LAVORO <input type="text"/>

ALTRI CONTATTI

FORNITORI DI UTENZE

Elettricità	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
Gas naturale	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
Acqua/rete fognaria	<i>ActewAGL water and wastewater emergency</i>	Telefono	<i>131 193</i>
Scarichi pluviali	<i>ACT Department of Territory and Municipal Services</i>	Telefono	<i>132 281</i>

ARTIGIANI

Idraulico	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	Cellulare	<input type="text"/>
Elettricista	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	Cellulare	<input type="text"/>

ASSICURAZIONI

Casa e contenuti	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Medica	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Autovettura	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>

ALTRO

<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>

LE VOSTRE INFORMAZIONI MEDICHE

PERSONA 1

Nome	<input type="text"/>		
Data di nascita	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Gruppo sanguigno	<input type="text"/>
Allergie mediche	<input type="text"/>		
Medico	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
Dentista	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
Farmacia	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
Occhiali/lenti a contatto?	<input type="checkbox"/>	Dentiera?	<input type="checkbox"/>
Diabete?	<input type="checkbox"/>	Epilessia?	<input type="checkbox"/>
Condizioni mediche	<input type="text"/>		
Medicinali	<input type="text"/>	Dosi	<input type="text"/>
Condizioni mediche	<input type="text"/>		
Medicinali	<input type="text"/>	Dosi	<input type="text"/>
Condizioni mediche	<input type="text"/>		
Medicinali	<input type="text"/>	Dosi	<input type="text"/>
Condizioni mediche	<input type="text"/>		
Medicinali	<input type="text"/>	Dosi	<input type="text"/>
Condizioni mediche	<input type="text"/>		
Medicinali	<input type="text"/>	Dosi	<input type="text"/>

LE VOSTRE INFORMAZIONI MEDICHE

PERSONA 2

Nome

Data di nascita

 / /

Gruppo
sanguigno

Allergie mediche

Medico

Telefono

Dentista

Telefono

Farmacia

Telefono

Occhiali/lenti a contatto?

Dentiera?

Diabete?

Epilessia?

Condizioni mediche

Medicinali

Dosi

Condizioni mediche

Medicinali

Dosi

Condizioni mediche

Medicinali

Dosi

Condizioni mediche

Medicinali

Dosi

Condizioni mediche

Medicinali

Dosi