Allegato 1

Relazione sanitaria sulla necessità di servizio di trasporto con vettura

genitori - tutori

Cognome 1	
Nome 1	
Indirizzo 1	
Telefono 1	
Mail 1	
Eventuali note	

Cognome 2	
Nome 2	
Indirizzo 2	
Telefono 2	
Mail 2	
Eventuali note	

L’indirizzo mail potrà essere utilizzato dal Comune per comunicazioni con la famiglia

Anagrafica sanitario

COGNOME DEL SANITARIO	
NOME DEL SANITARIO	
TELEFONO DEL SANITARIO	
MAIL DEL SANITARIO	
ASL / CENTRO ACCREDITATO DI APPARTENENZA	

Indicare eventuale assistente sociale della struttura

COGNOME ASSISTENTE SOCIALE	
NOME ASSISTENTE SOCIALE	
TELEFONO ASSISTENTE SOCIALE	
MAIL ASSISTENTE SOCIALE	

Anagrafica Beneficiario

COGNOME BENEFICIARIO	
NOME BENEFICIARIO	
DATA DI NASCITA	

Scuola che frequenterà:

Ordine Scuola:	**Nome Scuola:**	**Indirizzo (**obbligatorio perché più scuole hanno lo stesso nome**):**
Asilo Nido:		
Scuola Infanzia:		
Scuola Primaria:		
Scuola Secondaria di 1° grado:		
Polo RES		

Disabilità

SIGLA DIAGNOSI CON CODIFICA ICD 10	
DESCRIZIONE DIAGNOSI	
TIPOLOGIA DISABILITÀ	_ FISICA _ PSICHICA _ SENSORIALE
DISABILITÀ VISIVA	_ SI _ NO
DISABILITÀ UDITIVA	_ SI _ NO
DEAMBULAZIONE AUTONOMA	_ SI _ NO
SE NO SPECIFICARE LE CONDIZIONI (es. uso deambulatore, carrozzina, ecc.)	

Richiedendo il servizio il sanitario dichiara che l'alunno/a necessita di trasporto specifico in quanto impossibilitato/a all'utilizzo delle linee di trasporto ordinario

Motivazione della richiesta di servizio di trasporto (OBBLIGATORIO)

Tipologia di servizio trasporto richiesta

Solo autista/accompagnatore (persona che oltre a guidare accompagna l'utente da abitazione a vettura e viceversa)	SI	NO
Necessità di vettura attrezzata per trasportare carrozzina (con utente seduto in vettura)	SI	NO
Necessità di vettura con pedana (utente che viaggia seduto sulla carrozzina fissata sulla pedana in vettura)	SI	NO

A. Autista accompagnatore + secondo accompagnatore (due persone in vettura che effettuano servizio di guida e servizio di accompagnamento)	SI	NO
B. Autista accompagnatore + famigliare maggiorenne a bordo come secondo accompagnatore	SI	NO
C. Necessità di sistemi volti a ridurre il rischio di traumi durante il trasporto (se si specificarne le caratteristiche nel campo note)	SI	NO

Note (specificare motivazioni per le richieste A, B, C)

Data di compilazione

Timbro e firma del Medico/Psicologo di riferimento