

## Allegato 1

### Relazione sanitaria sulla necessità di servizio di trasporto con vettura

#### 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	

#### Disabilità

SIGLA DIAGNOSI CON CODIFICA ICD 10	
DESCRIZIONE DIAGNOSI	
TIPOLOGIA DISABILITÀ	<input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> PSICHICA <input type="checkbox"/> SENSORIALE
DISABILITÀ VISIVA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DISABILITÀ Uditiva	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DEAMBULAZIONE AUTONOMA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SE NO SPECIFICARE LE CONDIZIONI (es. uso deambulatore, carrozzina, ecc)	

Richiedendo il servizio il sanitario dichiara che l'alunno necessita effettivamente 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
Autista accompagnatore + secondo accompagnatore (due persone in vettura che effettuano servizio di guida e servizio di accompagnamento)	SI	NO
Autista accompagnatore + familiare maggiorenne a bordo come secondo accompagnatore	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
Necessità di sistemi volti a ridurre il rischio di traumi durante il trasporto (se si specificarne le caratteristiche nel campo note)	SI	NO

Eventuali Note

--

Data di compilazione

Timbro e firma del Medico/Psicologo di riferimento