**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 | \_ 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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Autista accompagnatore + secondo accompagnatore   (due persone in vettura che effettuano servizio di guida e servizio di accompagnamento) |  | SI |  | NO |
| 1. Autista accompagnatore + famigliare maggiorenne a bordo come secondo accompagnatore |  | SI |  | NO |
| 1. 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