

ALLEGATO 1 - TRASPORTO SCOLASTICO RICHIESTA MEDICO SPECIALISTA

A.S. 2026/2027

Anagrafica del sanitario che compila la richiesta:

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

Eventuale assistente sociale (di ASL o del Centro Accreditato):

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

Anagrafica del beneficiario:

COGNOME BENEFICIARIO	
NOME BENEFICIARIO	
DATA DI NASCITA BENEFICIARIO	

Caratteristiche della disabilità (compilare con X tutte le righe):

Tipologia della 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
Presenza di deficit motorio o di cecità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Presenza di deficit psichico con comportamenti aggressivi frequenti e ingestibili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Presenza di deficit psichico con deficit sensoriale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Presenza di crisi convulsive gravi farmaco resistenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Presenza di gravi problemi internistici condizionanti la deambulazione e la resistenza allo sforzo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Se la deambulazione non è autonoma specificare nel riquadro a destra le condizioni e l'uso di eventuali ausili (es. uso deambulatore, bastone, carrozzina, ecc.)	
--	--

Si dichiara che lo studente necessita di trasporto scolastico specifico in quanto impossibilitato all'utilizzo delle linee di trasporto ordinario per raggiungere la sede scolastica	SI	NO
Si dichiara che il trasporto richiesto è necessario a garantire il diritto allo studio ovvero la frequenza scolastica ordinaria (da lunedì a venerdì nei giorni di calendario scolastico) e non finalizzato a esigenze terapeutiche o di altra natura	SI	NO

Esplicitare nel riquadro sottostante la motivazione della richiesta di servizio di trasporto con vettura o in alternativa esplicitare l'eventuale richiesta di un progetto autonomia con educatore (**COMPILAZIONE OBBLIGATORIA**):

Tipologia di trasporto richiesta:

Solo autista <i>persona che oltre a guidare, accompagna l'utente dall'abitazione/scuola alla vettura e viceversa</i>	SI	NO
Necessità di vettura attrezzata per trasportare la carrozzina <i>Carrozzina che viene caricata sul mezzo - utente seduto autonomamente sui sedili in vettura</i>	SI	NO
Necessità di vettura con pedana <i>Utente che deve viaggiare seduto sulla carrozzina fissata sulla pedana in vettura</i>	SI	NO

Eventuali richieste aggiuntive:

A. Secondo accompagnatore a bordo vettura (oltre all'autista) <i>(due persone in vettura: l'autista che effettua il servizio di guida e una seconda persona che effettua il servizio di affiancamento/accompagnamento per garantire la sicurezza a bordo vettura)</i>	SI	NO
B. Familiare <u>maggiorenne</u> a bordo (oltre all'autista) <i>(barrando "sì", la presenza del familiare diviene condizione obbligatoria per tutto l'anno scolastico e per tutte le tratte, lo studente non può viaggiare in assenza di familiare)</i>	SI	NO
C. Necessità di sistemi volti a ridurre il rischio di traumi durante il trasporto <i>(se necessari, specificarne dettagliatamente le caratteristiche nel campo note sottostante)</i>	SI	NO

Note obbligatorie per le eventuali richieste aggiuntive (se si richiede il trasporto con le modalità A, B o C è necessario specificarne le motivazioni nel riquadro sottostante):

Data di compilazione _____

Timbro/firma del sanitario di riferimento _____