



COMUNE DI GENOVA

SCHEDA INDIVIDUALE TRASPORTO PER ADDESTRAMENTO LAVORATIVO

NOME E COGNOME	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO E-MAIL	
INDIRIZZO	
TELEFONO	

RIFERIMENTI TELEFONICI IN ORDINE DI PRIORITÀ DI CHIAMATA			
-----------------------------------------------------------------	--	--	--

	NOME	NUMERO TELEFONICO	TIPOLOGIA RELAZIONE (tipo di parentela, vicinato, amicizia)
1			
2			

PROGRAMMAZIONE SETTIMANALE				
-----------------------------------	--	--	--	--

	DA	A	ORARIO DI ARRIVO AL LUOGO DI LAVORO	ORARIO DI PARTENZA PER IL RIENTRO
LUNEDÌ				
MARTEDÌ				
MERCOLEDÌ				
GIOVEDÌ				
VENERDÌ				
SABATO				
DOMENICA				
TURNISTA	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

POSTURA MOBILITÀ LOCOMOZIONE	
DEAMBULA AUTONOMAMENTE	SÌ NO
DEAMBULA CON AIUTO	SÌ NO
DEAMBULA CON AUSILI ↓	SÌ NO
SE SÌ INDICARE QUALI (BASTONI, TRIPODI, STAMPELLE)	
UTILIZZA LA CARROZZINA ↓	SÌ NO
SE SÌ INDICARE IL TIPO (MECCANICA, ELETTRICA)	
È NECESSARIO CARICARE LA CARROZZINA SUL MEZZO	SÌ NO
SALE E SCENDE LE SCALE AUTONOMAMENTE	SÌ NO
SALE E SCENDE LE SCALE CON AIUTO	SÌ NO
MANTIENE LA POSIZIONE SEDUTA AUTONOMAMENTE	SÌ NO
MANTIENE LA POSIZIONE SEDUTA CON SUPPORTI ↓	SÌ NO
SE SÌ INDICARE QUALI (SEGGIOLINI, CINTURE DI SICUREZZA SPECIALI, ECC.)	
CONTROLLA IL CAPO (SOSTIENE O MUOVE LA TESTA)	SÌ NO
MANTIENE LA POSIZIONE ERETTA	SÌ NO
NOTE	

COMUNICAZIONE		
1) COMPrensione		DESCRIZIONE (caratteristiche comunicative)
COMPRENDE	SÌ NO	
COMPrensione DI PAROLE/FRASI SEMPLICI	SÌ NO	
NESSUNA COMPrensione	SÌ NO	
2) ESPRESSIONE VERBALE		DESCRIZIONE
FRASI COMPLESSE	SÌ NO	
PAROLE/FRASI BREVI	SÌ NO	
EMISSIONE DI SUONI	SÌ NO	
NESSUNA PRODUZIONE	SÌ NO	

COMPORAMENTO		
1) SENSO DEL PERICOLO		DESCRIZIONE
RICONOSCE LE SITUAZIONI DI PERICOLO	SÌ NO	
RICHIEDE PARTICOLARE SORVEGLIANZA	SÌ NO	
HA MANIFESTAZIONI DI AUTOLESIONISMO	SÌ NO	
HA MANIFESTAZIONI DI AGGRESSIVITÀ	SÌ NO	
2) PRESENZA DISTURBI PSICHICI		DESCRIZIONE
IRREQUIETEZZA	SÌ NO	
AGITAZIONE PSICOMOTORIA	SÌ NO	
DISORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE	SÌ NO	

EMERGENZA		
		DESCRIZIONE
POSSIBILI SITUAZIONI DI EMERGENZA SANITARIA	SÌ NO	

ACCESSIBILITÀ		
		DESCRIZIONE
PRESENZA BARRIERE ARCHITETTONICHE PRESSO IL LUOGO DI PARTENZA	SÌ NO	
PRESENZA BARRIERE ARCHITETTONICHE PRESSO LA DESTINAZIONE	SÌ NO	
MODALITÀ PARTICOLARI DI ACCESSO (INDICARE SE OCCORRE CODICE DI ACCESSO PER APRIRE SBARRE O SUONARE CAMPANELLO, ECC)	SÌ NO	

TIPOLOGIA DI TRASPORTO

TIPOLOGIA MEZZO (CON O SENZA PEDANA)	
MODALITÀ DI TRASPORTO (es. deve viaggiare solo, seduto sul sedile posteriore o anteriore, in carrozzina, necessità di particolari cinture di sicurezza, utilizzo di ausili particolari per la mobilizzazione)	DESCRIZIONE

NECESSITÀ DI SECONDO ACCOMPAGNATORE	SÌ NO	MOTIVAZIONE
SE SI INDICARE LE MODALITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO (es. mobilizzazione, contenimento, protocollo per eventuali emergenze, ecc.)		DESCRIZIONE
NOTE		

EQUIPE VALUTATIVA

COMPILATORE SCHEDA	nome	cognome	firma
DATA COMPILAZIONE			
PERSONE PRESENTI			
NOTE			

Documentazione allegata:

1. Copia certificato attestante le condizioni di handicap di cui all'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992 n. 104;
2. Certificazione della ASL 3 Genovese – Dipartimento Cure Primarie – S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale attestante l'impedimento all'uso dei mezzi di trasporto pubblico.

Il Responsabile/Operatore del servizio proponente dà atto che:

- la persona richiedente il servizio di trasporto per addestramento lavorativo (o chi ne fa le veci) ha preso visione dell'informativa privacy di cui all'art. 13 del G.D.P.R. 2016/679;
- tale documento è conservato agli atti presso la S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale di ASL3 e
- la persona richiedente il servizio di trasporto (o chi ne fa le veci) acconsente all'invio della relativa domanda.

Firma Responsabile/Operatore del servizio proponente

data

Spazio riservato Dipartimento Cure Primarie - S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale

Si conferma che la richiesta di attivazione servizio trasporto a fini di inserimento lavorativo è stata autorizzata dal Responsabile della S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale	
Firma	Data

Spazio riservato – Direzione Welfare Territoriali

Rientra nelle autorizzazioni consentite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Data decorrenza autorizzazione		
Firma Responsabile	Data	