

Al Signor Sindaco del Comune di

Al Sig./Sig.ra

La Commissione sanitaria provinciale dell’Azienda Sanitaria Territoriale n. ____ dopo aver verificato la congruità della documentazione prodotta ai fini del riconoscimento della condizione di “disabilità gravissima”, tenuto conto di quanto disposto dal D.M. del 26/09/2016, riconosce:

il/la Sig./Sig.ra _____
COGNOME NOME

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. ____ CAP _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____ email _____
(compilare tutti i campi incluso in particolare i contatti)

soggetto in condizione di “disabilità gravissima”:

SI

NO

rientrante nella categoria prevista alla lett. _____ dell’art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016.

motivazione del diniego: _____

LA COMMISSIONE

Presidente

Componente

Componente

Operatore sociale

Segretaria

Data _____
(seduta)

N.B. Qualora la Commissione attesti il riconoscimento della “disabilità gravissima” - il disabile, la sua famiglia (o altro soggetto deputato alla tutela) prendono contatto con il proprio Comune di residenza per i successivi adempimenti.