

**AI Signor Sindaco del Comune di**

---

---

---

**AI Sig./Sig.ra**

---

---

---

La Commissione sanitaria provinciale dell'Area Vasta 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 \_\_\_\_\_

**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.**