

**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.**