

Al Signor Sindaco del Comune di

Al Sig./Sig.ra

La Commissione Sanitaria Provinciale dell'Azienda Sanitaria Territoriale:

*(Indicare la Commissione di riferimento):*

Scegliere un elemento.

dopo aver verificato la congruità della documentazione prodotta ai fini del riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima" – DGR n.264/2025, tenuto conto di quanto disposto dal D.M. del 26/09/2016, **riconosce il seguente nominativo:**

COGNOME	
NOME	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Residente a	
Via e Numero	
CAP	
Codice fiscale	
telefono	
Email	
PEC	

**Persona in condizione di "disabilità gravissima":** Scegliere un elemento.

**Rientrate nella categoria prevista alla lett.n:** Scegliere un elemento. **dell'art. 3c.2 del D.M. 26/09/2016.**

Si riscontra inoltre che l'**indennità di accompagnamento** è stata riconosciuta a partire dalla seguente data:

In caso di diniego, indicare le motivazioni:

**LA COMMISSIONE**

Presidente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Componente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Componente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operatore sociale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segretaria

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data della seduta

**N.B. Qualora la Commissione attesti il riconoscimento della "disabilità gravissima", il disabile, la sua famiglia (o altro soggetto deputato alla tutela) dovranno prendere contatto con il proprio Comune di residenza per i successivi adempimenti utili all'ottenimento del contributo.**